UNIVERSITATEA "BABEŞ-BOLYAI" CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ŞI ŞTIINȚELE EDUCAȚIEI
CATEDRA DE PSIHOLOGIE

ÎNVĂȚĂMÂNT LA DISTANȚĂ

PSIHOLOGIE CLINICĂ

- SEMESTRUL II -

Lector univ. dr. psiholog Daniel DAVID
E-mail: danieldavid@psychology.ro

PREZENTARE GENERALĂ

DENUMIREA CURSULUI: Psihologie clinică

INTRODUCERE: Acest suport detaliat de curs a fost redactat pentru a servi modulelor de psihologie clinică de la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei din Universitatea "Babes-Bolyai", Cluj-Napoca. El se constituie ca prerechizită fundamentală pentru aceste module, dar pentru obţinerea notei maxime el trebuie completat cu bibliografia obligatorie şi eventual o parte din cea facultativă. De asemenea, în text sunt indicate anumite site-uri de specialitate de pe internet care trebuie consultate în vederea obţinerii notei maxime.

SCOPUL: Modulele de psihologie clinică constau în curs şi seminariile aferente. Ele au ca scop familiarizarea studenţilor cu domeniile clinice/medicale de aplicare ale psihologiei şi asigurarea unui bagaj de cunoştinţe declarative şi procedurale care să-i facă apţi pentru o activitate eficientă în aceste domenii. Competenţa oferită de aceste module studenţilor se referă la (a) activităţile de diagnostic psihologic şi evaluare clinică a tulburărilor psihice, psihosomatice, şi a factorilor psihologici implicaţi în tulburările somatice (b) cercetarea psihologică fundamentală şi aplicativă în domeniile clinice/medicale şi (c) educaţie şi consiliere (intervenţie) psihologică în sănătate şi boală. De asemenea, se pun bazele pentru formarea competenţei de psihoterapeut.

TIPUL CURSULUI: Obligatoriu

CONDIŢIONĂRI: Psihologie generala, Psihodiagnostic

METODE: Modulele vor fi structurate sub formă de curs şi seminarii aferente. Ca metode cursul va presupune prelegeri şi discuţii interactive iar seminarul va presupune prelegeri, discuţii interactive şi activităţi practice.

CERCETARE: Echipa de cercetare este formată din: Lector univ. Dr. Daniel David, Lector univ. dr. Viorel Lupu, Asistent univ. drd. Ana-Maria, Psiholog Bianca Macavei, Psiholog Tiba Alexandru şi Psiholog Rusu Camelia. Temele de cercetare in anul 2002-2003 sunt: (1) mecanisme cognitive etiopatogenetice implicate in sănătate şi boală (2) hipnoza, sugestia şi hipnoterapia.

EVALUARE: Evaluarea cunoştinţelor declarative şi procedurale dobândite în cadrul acestor module se va face printr-un examen oral sau scris acoperind temele de curs şi seminar (7 puncte) şi un referat (3 puncte) care poate acoperi: (1) un raport psihologic-analiză de caz (diagnostic şi evaluare clinică a unui caz real) sau un raport de cercetare în domeniul clinic. Prezentarea referatului condiţionează susţinerea examenului oral/scris. Nota maximă la examenul oral/scris (7) presupune pe lângă materialele obligatorii (textul suportului de curs -5 puncte) şi studierea site-urilor de pe internet sugerate în textul suportului de curs şi o parte din bibliografia obligatorie (2 puncte); bibliografia obligatorie este accesibilă la Biblioteca Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea "Babeş-Bolyai", Cluj-Napoca dar şi la alte biblioteci mari din alte judeţe ale ţării (este de asemenea accesibila online la adresele indicate in acest suport de curs).

RAPORT PSIHOLOGIC / DE CERCETARE TIP:

Raport psihologic	Raport de cercetare
♦ Numele, prenumele şi afilierea autorului ♦ Destinaţia / scopul raportului I. Istoricul cazului (aprox. 750 cuvinte) A. Date de identificare B. Acuze principale C. Istoricul tulburării prezente (simptome emoţionale, comportamentale, cognitive, fiziologice, mecanisme coping, stresori curenţi) D. Istoric psihiatric E. Istoric personal şi social F. Istoric medical G. Status mental H. Diagnostic DSM IV II. Formularea cazului (aprox. 500 cuvinte) A. Factori precipitanţi B. Examinarea cogniţiilor şi comportamentelor actuale C. Examinarea longitudinală (evoluţia în timp) a cogniţiilor şi comportamentelor D. Aspecte pozitive ale subiectului E. Ipoteza de lucru III. Planul terapeutic (aprox. 250 cuvinte) A. Listarea problemelor B. Scopuri terapeutice	♦ Numele, prenumele şi afilierea autorului ♦ Destinaţia / scopul raportului I. Obiectivele studiului II. Fundamentare teoretică III. Metodologie A. Design B. Procedură C. Subiecţi IV. Rezultate obţinute V. Implicaţii – impactul teoretic şi preactic al studiului; direcţii viitoare în cerecetare.

BIBILOGRAFIE:

Bibliografie obligatorie
*American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV,* A.P.A., Washington, DC. (sau varianta în limba română-DSM-IV); online: http://www.psychologynet.org.
*Mental Health: A Report of the General Surgeon; online: http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth
*Empirically Suported Psychological Treatments; online: http://www.apa.org/divisions/div12

Bibliografie facultativă

Băban, A. (1998). *Stres şi personalitate*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, S., Băban, AS. (2000*). Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca.

David, D. (2000). *Prelucrări inconştiente de informaţie; implicaţii pentru mass.media, practica clinică şi juridică*, Editura Dacia, Cluj-Napoca.

Holdevici, I. (1996). *Elemente de psihoterapie*, Editura All, Bucureşti.

Iamandescu, B. I. (1997). *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, Bucureşti.

Iamandescu, B. I. (1999). *Elemente de psihosomatică generală şi aplicată*, Editura Infomedica, Bucureşti.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*, Williams and Wilkins, London.

Miclea, M. (1997). *Stres şi apărare psihică*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

Sarason, G., Sarason, R. (1999). *Abnormal Psychology*, Prentice Hall.

Stein, D. J., Young, J. E. (1992). *Cognitive Science and Clinical Disorders*, Academic Press, Inc., London.

Tudose, F. (2000). *O abordare modernă a psihologiei medicale*, Infomedica, Bucureşti.

World Health Organization (1998). *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament*, Editura All, Bucureşti.

TUTORI:

- adresa e-mail la care aceştia pot fi contactaţi este ClinicaTutor@psychology.ro

Psiholog, Camelia Rusu

Psiholog, Alexandru Tiba

TEMATICA CURSULUI (Lector univ. dr. Daniel David)

Prezentarea generală, diagnosticul, epidemiologia, mecanismele etiopatogenetice şi tratamentul psihologic (prezentare generală) in: -28 de ore:

1. Delir, demenţă, amnezie, tulburări cognitive şi tulburări psihice datorate unor condiţii medicale
2. Tulburări legate de consumul de substanţe
3. Schizofrenia şi alte tulburări psihotice
4. Tulburări afective
5. Tulburări de anxietate
6. Tulburări somatoforme şi durerea
7. Tulburări factice
8. Tulburări disociative
9. Tulburări sexuale şi de identitate sexuală
10. Tulburări de alimentaţie; prezentare generală
11. Tulburări de somn
12. Tulburări ale impulsului
13. Tulburări de adaptare

14. Tulburări de personaliate
15. Stress şi tulburări psihosomatice; prezentare generală
16. Tulburările clinice ale copilului si adolescentului; prezentare generală
17. Alte condiţii clinice (ex. factori psihologici care afectează tulburările somatice, noncomplianța la tratamentul medical etc.); prezentare generală
18. Probleme de cuplu şi familie

TEMATICA SEMINARULUI (Asist. univ. drd. Moga Ana-Maria)

Tehnici umanist-experienţiale de autocunoaştere, psihodrama şi psihoterapia suportivă. Completarea temelor de seminar - 28 ore

Organizatorii acestor module încurajează studenţii să aibă o contribuţie activă prin comentarii şi sugestii critice (că să ştim ce să schimbăm) şi încurajatoare (că să ştim ce să menţinem) la adresa textului propus pentru semestrul II. Sugestiile, adresate tutorilor, pot viza atât forma de prezentare a materialului cât şi conţinutul ştiinţific.

Materialul prezentat în continuare este o prezentare schematică a conţinutului şi temelor menţionate în cuprins; studenţii sunt încurajaţi să consulte bibliografia pentru detalii şi să adreseze întrebări tutorilor. În plus înţelegerea acestui material presupune cunoştintele dobândite anterior, în semestrul I, la cursurile de Psihologie Clinică şi Introducere în Psihoterapie.

Cuprins

ÎNVĂȚĂMÂNT LA DISTANȚĂ....1

PSIHOLOGIE CLINICĂ....1
TIPUL CURSULUI: Obligatoriu....2

BIBLIOGRAFIE OBLIGATORIE....3

BIBLIOGRAFIE FACULTATIVĂ....4

MODULUL I....10

1. TULBURĂRILE MENTALE CONFORM DSM IV....10

2. DELIRIUM....11
2.1 Prezentare generală....11
2.2 Epidemiologie....11
2.4 Etiologie....12
2.5 Diagnostic DSM IV....12
2.6 Trăsături clinice....13
2.7 Diagnostic diferențial....13
2.8 Evoluția şi prognosticul bolii....14
2.9 Tratamentul....14

3. DEMENȚA....14
3.1 Prezentare generală:....14
3.2 Epidemiologie....15
3.3 Factori de risc....15
3.4 Etiologie....15
3.5 Diagnostic DSM IV....16
3.6 Trăsături clinice....17
3.7 Diagnostic diferențial....17
3.8 Evoluția şi prognosticul bolii....18
3.9 Tratamentul....18

4 TULBURĂRILE AMNEZICE....18
4.1 Prezentare generală....18
4.2 Epidemiologie....18
4.3 Etiologie....18
4.4 Diagnostic DSM IV....18
4.5 Trăsături clinice....19
4.6 Diagnostic diferențial....20
4.7 Evoluția şi prognosticul bolii....20
4.8 Tratamentul....20

5. TULBURĂRILE COGNITIVE NESPECIFIATE ANTERIOR.....21

6. TULBURĂRI MENTALE DATORATE UNOR CONDIȚII MEDICALE.....21
6.1 Prezentare generală.....21
6.2 Etiologie.....21
6.3 Diagnostic DSM IV.....22
6.4 Diagnostic diferențial.....22
6.5 Tratamentul.....22

7. TULBURĂRILE DE ANXIETATE.....23
7.1 Prezentare generală.....23
7.2 Epidemiologie / III. Etiologie /IV. Diagnostic DSM IV/V. Diagnostic diferențial....25
7.2.1. ATACUL DE PANICĂ (cu şi fără agorafobie).....25
7.2.2 FOBIILE SPECIFICE.....28
7.2.3 FOBIA SOCIALĂ.....29
7.2.4 TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ (OCD).....31
7.2.6. TULBURAREA DE STRES ACUT TRAUMATIC ŞI TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC (PTSD).....33
7.2.7. ANXIETATEA GENERALIZATĂ.....35
7.3. Gânduri automate caracteristice diferitelor forme de anxietate.....37
7.4. Tratamentul.....38

MODULUL II.....39

8. TULBURĂRILE DE ADAPTARE.....39
8.1 Prezentare generală:.....39
8.2. Epidemiologie:.....39
8.3. Etiologie:.....39
8.4. Diagnostic DSM IV.....40
8.5. Diagnostic diferențial.....41
8.6. Tratamentul.....41

9. TULBURĂRILE FACTICE.....42
9.1. Prezentare generală.....42
9.2. Epidemiologie.....43
9.3. Etiologie.....43
9.5. Diagnostic diferențial.....44
9.6. Evoluția şi prognosticul bolii.....44
9.7 Tratamentul.....44

10. TULBURĂRI DISOCIATIVE.....45
10.1. Prezentare generală.....45
10.2. Factori predispozanți.....47
10.3. Epidemiologie / IV. Evoluție şi prognostic / V. Etiologie / VI. Diagnostic DSM IV / VII. Diagnostic diferențial.....47
10.3.1. AMNEZIA DISOCIATIVĂ.....47

10.3.2. FUGA DISOCIATIVĂ....48
10.3.3. TULBURAREA DE IDENTITATE DISOCIATIVĂ....49
10.3.4. TULBURAREA DE DEPERSONALIZARE....51
10.4. Tratamentul....52

11.TULBURĂRI DE PERSONALITATE....52
11.1. Prezentare generală....52
11.2. Epidemiologie / III. Diagnostic DSM IV....53
11.2.1. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP PARANOID....53
11.2.2. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP SCHIZOID....53
11.2.3. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP SCHIZOTIPAL....54
11.2.4. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP ANTISOCIAL....55
11.2.5. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP BORDERLINE....55
11.2.6. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP HISTRIONIC....56
11.2.7. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP NARCISIST....56
11.2.8. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP EVITANT....57
11.2.9. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP DEPENDENT....58
11.2.10. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP OBSESIV-COMPULSIV
....58
11.2.11. TULBURAREA DE PRSONALITATE NESPECIFICATĂ....59
11.3. Diagnostic diferențial....59
11.4. Etiologie....60
11.5. Abordări ale tulburărilor de personalitate....60
11.6. Evoluția şi prognosticul bolii....63
11.7. Tratamentul....63

MODULUL III....65

12. TULBURĂRI PSIHOTICE....65
12.1. Prezentare generală....65
12.2. Epidemiologie / III. Evoluția şi prognosticul tulburării / IV. Diagnostic DSM IV/ V Diagnostic diferențial....66
12.2.1. SCHIZOFRENIA....66
12.2.2. TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ....68
12.2.3. TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ....69
12.2.4. TULBURAREA DELIRANTĂ....70
12.3.4 TULBURAREA PSIHOTICĂ SCURTĂ....71
12.3.5 TULBURAREA PSIHOTICĂ ÎMPĂRTĂŞITĂ (Folie à Deux)....72
12.4. Modele etiopatogenetice....73
12.5. Factori de risc....74
12.6. Tratamentul....74

13. TULBURĂRI ALE IMPULSULUI....74
13.1. Prezentare generală....74
13.2. Epidemiologie / III. Evoluția şi prognosticul bolii / IV. Diagnostic DSM IV / V. Diagnostic diferențial....75
13.2.1. TULBURAREA EXPLOZIVĂ INTERMITENTĂ....75

13.2.2. CLEPTOMANIA....76
13.2.3. PIROMANIA....77
13.2.4. JOCUL PATOLOGIC DE NOROC....77
13.2.5. TRICOTILOMANIA....79
13.3. Etiologie....80
13.4. Tratamentul....80

14. probleme de relaționare....80
14.1. Prezentare generală....80
14.2. Tipuri de probleme de relaționare....81
14.3. Tratamentul....81

15. TULBURĂRILE DE SOMN....81
15.1. Clasificarea tulburărilor de somn....81
15.1.1. Tulburările de somn primare....82

16. Tulburări legate de consumul de substanță....85
16.1. Clasificarea Tulburări legate de consumul de substanță....85
a) Tulburări ale abuzului de substanță (dependența şi abuzul de substanță)....85
b)Tulburările induse de o substanță....86

17. Tulburări clinice ale copilului şi adolescentului....86

18. TULBURARILE AFECTIVE....88
18.1. Prezentare generală....88
18.2. Etiologia tulburărilor afective....89
18.3. Episoadele afective....90
18.3.1. Episodul depresiv major....90
18.3.2. Episodul maniacal....92
18.3.3 Episodul mixt....93
18.3.4. Episodul hipomaniacal....94
18.4. TULBURARILE DEPRESIVE....95
18.4.1. TULBURAREA DEPRESIVA MAJORA....95
18.4.2. TULBURAREA DISTIMICA....96
18.4.3. Tulburare depresivă fără altă specificație....98
18.5. TULBURARILE BIPOLARE....99
18.5.1. TULBURAREA BIPOLARA I....99
18.5.2. TULBURAREA BIPOLARA II....103
18.5.2. TULBURAREA CICLOTIMICA....106
18.5.3. TULBURAREA BIPOLARA FARA ALTA SPECIFICATIE....107

19. ALTE CONDIȚII CARE SE POT AFLA ÎN CENTRU ATENȚIEI CLINICE. 108

SARCINI....109

Modulul I

1. TULBURĂRILE MENTALE CONFORM DSM IV

Principii de utilizare a DSM IV - Sistemul multiaxial de diagnosticare

Axa I

- pe această axă se trece diagnosticul principal (tulburări psihice), cu excepția situațiilor când după înregistrarea de pe axa II apare specificarea "Motivul consultației" sau "Diagnostic principal";
- pot apare mai multe diagnostice, primul fiind cel principal;
- pe această axă se înregistrează toate tulburările, cu excepția "Tulburărilor de personalitate", "Retardului mental", "Tulburări ale impulsului nespecificate".

Axa II

- pe această axă se înregistrează tulburările de personalitate, retardul mental, trăsăturile de personalitate dezadaptative, mecanismele de coping dezadaptative şi frecvent utilizate;
- uneori, diagnosticul de pe această axă poate constitui "Motivul consultației" sau "Diagnosticul principal";

Axa III

- pe axa III se înregistrează condițiile medicale generale;
- vizează afecțiuni ca: tulburări infecțioase, neoplasm, tulburări endocrine, metabolice, imunologice, afecțiuni ale componentelor constitutive ale sângelui, boli ale sistemului nervos şi organelor de simț, tulburări ale sistemului circulator, tulburări ale aparatului respirator, tulburări ale aparatului digestiv, tulburări ale aparatului genito-urinar, afecțiuni dermatologice, probleme legate de graviditate, boli ale sistemului muscular şi osos, anomalii congenitale, răniri sau intoxicații cu substanțe toxice.

OBSERVAȚIE: Dacă tulburarea psihică este considerată a fi consecința directă a unei condiții medicale generale, aceasta se înregistrează pe axa I ("Tulburări mentale datorate unor condiții medicale generale"), afecțiunea somatică trecându-se şi pe axa III.

Axa IV

- pe această axă se trec stresori negativi şi pozitivi (dacă se apreciază că aceştia constituie sau conduc la o problemă;
- în general, se înregistrează condiții care au apărut cu cel mult un an înainte de declanşarea simptomatologiei, dar se pot nota şi probleme din trecutul mai îndepărtat, dacă acestea sunt relevante.

OBSERVAȚIE: Problemele psiho-sociale şi de mediu se notează, de regulă, pe axa IV, dar şi pe axa I dacă sunt cauze directe ale tulburării psihice ("Alte condiții care pot constitui ținta intervenției terapeutice")

Axa V

- indicele global de evaluare este o măsură a nivelului general de funcționare;

- este util pentru planificarea terapiei, evaluarea efectelor terapiei, anticiparea rezultatelor;
- cotarea se face doar vis a vis de funcționarea /adaptarea psihologică, socială şi ocupațională; nu sunt incluse dificultățile datorate limitărilor de ordin fizic sau care țin de mediu.

***Observație*:** *În cazul tuturor tulburărilor, este necesar:*

1. *Să se evalueze impactul afecțiunilor somatice concomitente şi a consumului de substanțe;*
2. *Diagnosticul clinic presupune ca funcționarea şi capacitatea de adaptare a individului în viața familială, socială şi /sau profesională să fie sever afectate.*

2. DELIRIUM

Atenție la distincția delir (tulburare la nivel cognitiv) – delirium (sindrom ce implică tulburări la nivel cognitiv + modificări în starea de conştiință)

2.1 Prezentare generală

- trăsătura esențială este o tulburare în sfera de conştiință a persoanei, acompaniată de modificări în sistemul cognitiv al acestuia, care nu pot fi explicate de prezența unei demențe preexistente sau în evoluție;
- tulburarea apare într-o perioadă scurtă de timp, de regulă zile sau ore şi tinde să fluctueze pe parcursul aceleiaşi zile;
- datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator arată că delirium este consecința directă a unei condiții medicale generale, consum de substanțe sau renunțare la consumul de substanțe, utilizarea medicației, expunere la agenți toxici sau o combinație a acestor factori;
- delirium este un *sindrom,* ce poate avea o etiologie multiplă;
- criterii diagnostice:
    - criteriul A – dezorientare în spațiu; limitarea capacității de concentrare, menținere şi redirecționare a atenției; distractibilitate ridicată;
    - criteriul B – tulburări de percepție, memorie, limbaj;
    - criteriul C – tulburarea se manifestă într-o perioadă scurtă de timp şi tinde să fluctueze pe parcursul unei zile.

2.2 Epidemiologie

Este o tulburare destul de frecventă; apare la 10-15% dintre pacienții de pe secțiile de chirurgie, 15-25% dintre pacienții de pe alte secții (exceptând psihiatria), 40-50% dintre pacienții care au fost operați recent, 30% dintre persoanele cu HIV.

2.3 Factori de risc

- vârsta înaintată constituie principalul factor de risc;
- tulburarea apare la 30-40% dintre persoanele cu vârste de peste 60 ani spitalizate pentru o condiție medicală generală;

- prezența tulburării constituie un motiv de prognostic rezervat; rata mortalității ulterior contactării tulburării este de 33% în următoarele trei luni şi 50% într-un an.

2.4 Etiologie

- delirium este un sindrom cu etiologie multiplă;
- tulburarea este determinată, în principal, de cauze medicale - apar modificări la nivelul neuromediatorilor (mai ales nivelul acetilcolinei din formațiunea reticulată mezencefalică, cu proiecții talamice; implicat într-o măsură mai mică este şi nivelul noradrenalinei, serotoninei, glutamatului).

2.5 Diagnostic DSM IV

Tipul tulburării	Criterii diagnostice
Delirium datorat unor condiții medicale	A – tulburări în starea de conştiință şi atenție; B – tulburări la nivel cognitiv (memorie, limbaj, orientare); C – tulburarea se manifestă într-o perioadă scurtă de timp (de regulă, ore sau zile) şi tinde să fluctueze pe parcursul unei zile; D - datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator arată că delirium este consecința directă a unei condiții medicale generale.
Delirium datorat intoxicației cu substanțe	A, B, C; D - datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator susțin (1) sau (2): (1) simptomele de la A şi B au apărut în timpul intoxicației cu substanțe; (2) utilizarea de medicație este asociată etiologic cu delirium.
Delirium datorat renunțării la consumul de substanțe (ulterior dependenței)	A,B,C; D - datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator arată că simptomele de la A şi B au apărut pe parcursul sau imediat ulterior unui sindrom de abstinență.
Delirium cu etiologie multiplă	A, B, C; D - datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator arată că tulburarea are o etiologie multiplă (ex., prezența mai multor condiții medicale generale, o condiție medicală generală asociată cu consum de substanțe etc.).
Delirium nespecificat anterior	- această categorie este utilizată pentru a diagnostica forme ale tulburării care nu întrunesc criteriile pentru nici unul dintre tipurile de delirium descrise anterior (ex., delirium datorat altor cauze, ca deprivarea senzorială etc.)

2.6 Trăsături clinice

Indicator:	Descriere:
Arousal-ul	- hiperarousal (mai ales în cazul dependenței de substanțe); - hipoarousal (mai ales în confuzie cu catatonie sau depresie).
Orientarea	- scade capacitatea de orientare în spațiu şi timp; - se menține capacitatea de orientare spre propriul eu.
Modificări la nivelul limbajului şi cogniților	- vorbire incoerentă, dificultăți de comprehensiune; - afectarea memoriei, atenției, capacității de rezolvare de probleme, tulburări de tip delirant, modificări de percepție-dificultăți în integrarea percepției în experiența de viață, iluzii şi halucinații, dificultăți în discriminarea stimulilor.
Modificări în dispoziția afectivă	- furie, agresivitate, frică; - elemente depresive; - euforie; Aceste stări pot alterna pe parcursul unei singure zile.
Simptome asociate	- tulburări ale ritmului somn-veghe; - simptome neurologice (tremor, incontinență etc.).

2.7 Diagnostic diferențial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Demență	- delirium se instalează brusc, pe când demența are un debut insidios; - tulburările de memorie apar în ambele cazuri, dar în demență persoana este alertă şi nu are tulburările de conştiință specifice delirium-ului; - în delirium, tulburările cognitive sunt inconsistente, putând fluctua mult pe parcursul unei zile;
Tulburări psihotice şi tulburări afective cu trăsături psihotice	- în delirium, simptomele psihotice fluctuează, sunt fragmentate şi nesistematizate, apar în contextul unei capacități reduse de menținere, concentrare şi redirecționare a atenției şi sunt, de regulă, asociate cu anomalii EEG.
Simulare şi tulburări factice	- în aceste cazuri, manifestările sunt atipice şi nu se poate identifica prezența unei condiții medicale generale, consum de substanțe etiologic asociate deficitului cognitiv.

2.8 Evoluția și prognosticul bolii

- simptomele debutează brusc, pe parcursul a câteva ore sau zile;
- simptomele dispar în câteva ore sau pot persista câteva săptămâni (mai ales la persoanele care au demență asociată);
- tulburarea durează aproximativ cât este prezent factorul etiologic;
- dacă tratamentul centrat pe factorul etiologic este corect, se poate ajunge la recuperare completă;
- la revenirea din starea de delirium, pacientul are imagini "ca de coşmar", explicate prin trecerea de la o stare de conştiință la alta.

2.9 Tratamentul

- este, în principal, psihiatric, medicamentos;
- intervenția psihoterapeutică – se recomandă:
    - terapia suportivă;
    - tehnici de prompting pentru orientare în spațiu/timp;
    - asistență psihologică după revenirea din starea respectivă (terapie suportivă)

3. DEMENȚA

3.1 Prezentare generală:

- este un sindrom cu etiologie multiplă;
- se caracterizează prin apariția mai multor deficite la nivelul cognitiv datorate unei condiții medicale generale, consumului de substanțe sau a unei etiologii multiple (ex., efectele combinate ale unei boli cerebrovasculare şi Alzheimer);
- deficitele cognitive includ tulburări de memorie şi cel puțin una dintre următoarele deficite: afazie, apraxie, agnozie sau o tulburare a funcțiilor executive;
- nu apar modificări în starea de conştiință;
- criterii diagnostice:
    - criteriul A1 – tulburări de memorie, care apar ca simptom inițial;
    - criteriul A2 (alte tulburări cognitive) – A2a deteriorarea limbajului (afazie), A2b afectarea capacității de a executa activități motorii, deşi abilitățile motorii, funcțiile senzoriale şi comprehensiunea sunt bune (apraxie); A2c afectarea capacității de a recunoaşte sau identifica obiectele, deşi funcțiile senzoriale sunt bune (agnozie); A2d deficit în funcțiile executive (gândire abstractă, planificare, inițiere, monitorizare, încetarea unui comportament complex);
    - criteriul B – deficitele de la A1 şi A2 trebuie să fie suficient de severe pentru a cauza dificultăți ocupaționale şi funcționale (activități zilnice);
- demența poate fi progresivă şi statică, reversibilă şi ireversibilă (reversibilitatea depinde de etiologia tulburării, suportul social al pacientului şi tratamentul utilizat; în 15% dintre cazuri apare reversibilitatea, dacă se intervine la timp).

3.2 Epidemiologie

Datele epidemiologice obținute pe populație americană arată că:

- în populația de peste 65 de ani există 5% forme de demență severă şi 15% demență de intensitate medie; în populația de peste 80 de ani există 20% forme de demență severă;
- aproximativ 50-60% dintre cazuri sunt demențe de tip Alzheimer, 15-20% sunt demențe de tip vascular;
- în timp ce demența Alzheimer este mai frecventă la femei, demența de tip vascular este mai des întâlnită la bărbați.

3.3 Factori de risc

- prevalența tulburării în populația generală creşte o dată cu vârsta.

3.4 Etiologie

Este complexă şi diferă în funcție de tipul tulburării:

(1) Demență de tip Alzheimer – în majoritatea cazurilor apare atrofia cerebrală, cu mărirea ventriculilor cerebrali, pierderi neuronale, modificarea cantității de neuromediatori (noradrenalină, acetilcolină);

(2) Demență vasculară (sau demența de infarct multiplu)- este întotdeauna prezentă o boală cerebrovasculară; leziunile SNC identificate la aceşti pacienți depăşesc amploarea modificărilor întâlnite, în mod normal, la persoanele în vârstă. De regulă, leziunile apar atât în substanța albă, cât şi în cea cenuşie, incluzând regiunile subcorticale şi nucleii. Se pot detecta frecvent urmele unor infarcte mai vechi şi boli vasculare sistemice;

(3) Demență datorată altor condiții medicale generale – apare pe fondul unor tulburări ca: infecție cu HIV, traumatisme cerebrale, boala Parkinson, maladia Huntington, maladia Pick, maladia Creutzfeldt-Jakob, tulburări endocrine, tulburări nutriționale, alte boli infecțioase, tulburări hepatice, tulburări neurologice;

(4) Demență datorată abuzului de substanțe – apare în asociație cu consumul de: alcool, substanțe inhalante, sedative, hipnotice, anxiolitice, toxine (plumb, mercur, monoxid de carbon, insecticide, solvenți industriali);

(5) Demență cu etiologie multiplă- tulburarea este determinată de mai multe cauze (ex., efectul combinat al unei condiții medicale generale şi a abuzului de substanțe).

3.5 Diagnostic DSM IV

Tipul tulburării	Criterii diagnostice
Demență de tip Alzheimer	A1 – tulburări de memorie (diminuarea capacității de a achiziționa informație nouă sau de a-şi reaminti informație achiziționată anterior); A2 (una sau mai multe dintre următoarele tulburări cognitive): – A2a afazie (tulburări de limbaj); – A2b apraxie (afectarea capacității de a executa activități motorii, deşi abilitățile motorii, funcțiile senzoriale şi comprehensiunea sunt bune); – A2c agnozie (afectarea capacității de a recunoaşte sau identifica obiectele, deşi funcțiile senzoriale sunt bune); – A2d deficit în funcțiile executive (gândire abstractă, planificare, inițiere, monitorizare, încetarea unui comportament complex); B – deficitele de la A1 şi A2 trebuie să fie suficient de severe pentru a cauza dificultăți ocupaționale şi funcționale (activități zilnice) şi reprezintă o deteriorare față de nivelul anterior bolii; C – cursul bolii este caracterizat de debut insidios şi declin cognitiv continuu; D – deficitele cognitive de la A1 şi A2 nu se datorează altei boli a SNC care determină deficite mnezice şi cognitive, unei boli somatice ce poate determina demență, abuzului de substanțe.
Demență de tip vascular	A1, A2, B C – există simptomelor neurologice şi date de laborator ce indică prezența unei boli cerebrovasculare asociate etiologic cu demența.
Demență datorată altor condiții medicale generale	A1,A2,B C - datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator arată că tulburarea este asociată etiologic cu o condiție medicală generală (vezi anterior).
Demență datorată abuzului de substanțe	A1, A2, B C - datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator arată că tulburarea este asociată etiologic cu ingestia unei substanțe (vezi anterior).
Demență cu etiologie multiplă	A1, A2, B C - datele din istoricul personal, investigații medicale, sau teste de laborator arată că tulburarea are mai multe cauze.
Demență nespecificată anterior	- această categorie este utilizată pentru a diagnostica forme ale tulburării care nu întrunesc criteriile pentru nici unul dintre tipurile de demență descrise anterior (ex., o formă de demență pentru care nu se poate specifica precis etiologia)

3.6 Trăsături clinice

Indicator	Descriere
Performanța cognitivă	- Inițial, persoana întâmpină dificultăți în realizarea unor sarcini cognitive – nu poate realiza sarcini noi, cu concentrarea atenției. Ulterior, dificultățile se generalizează la sarcini care anterior au putut fi realizate.
Memoria	- Tulburările de memorie apar inițial insidios, pentru informații noi, apoi se generalizează.
Orientarea	- Poate fi afectată indirect, datorită afectării memoriei.
Limbajul	- Prezența afaziei.
Personalitatea	- Trăsăturile de personalitate cardinale se accentuează; adesea, persoanele devin introvertite, sau nepăsătoare la impactul comportamentului lor asupra vieții celorlalți. Uneori sunt irascibile, violente, cu manifestări de tip psihotic (halucinații, delir).

3.7 Diagnostic diferențial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Delirium	- delirium se instalează brusc, pe când demența are un debut insidios; - simptomele în delirium sunt fluctuante, pe când în demență sunt relativ stabile; - tulburările de memorie apar în ambele cazuri, dar în demență persoana este alertă şi nu are tulburările de conştiință specifice delirium-ului.
Schizofrenia	- în schizofrenie, tulburările cognitive sunt mai puțin severe, în comparație cu manifestările psihotice (în demență, raportul este invers); - în schizofrenie etiologia nu se leagă de o condiție medicală generală sau de consumul de substanțe.
Episodul depresiv major	- în demență, de regulă, există un declin al funcțiilor cognitive care precede boala, pe când în depresie dificultățile cognitive apar relativ brusc, ca urmare a instalării stării depresive.
Simulare şi tulburări factice	- în aceste cazuri, deficitele cognitive sunt atipice şi nu sunt consistente în timp şi la toate sarcinile.
Tulburări amnezice	- în tulburările amnezice apare deficit la nivelul memoriei, dar nu şi în ceea ce priveşte alte funcții cognitive (vezi afazia, apraxia, agnozia specifice demenței).
Deficitele specifice vârstei înaintate	- diagnosticul de demență se pune doar dacă deficitele depăşesc semnificativ nivelul celor date de înaintarea în vârstă şi dacă afectează într-o mare măsură viața persoanei.

3.8 Evoluția şi prognosticul bolii

- debutul este în jurul vârstei de 50-60 de ani, cu o degradare gradată pe parcursul următorilor 5-10 ani, ducând uneori la deces;
- în cazul demenței Alzheimer, speranța de viață după debut este, în medie, de 8 ani,

adesea aceste tulburări se instalează insidios, apărând semne ce preced debutul bolii (ex., în jurul vârstei de 50-60 de ani, stările de oboseală şi pierderea memoriei pot indica debutul bolii).

3.9 Tratamentul

- este în principal, medicamentos;
- intervenția psihoterapeutică – se recomandă:
    - intervenție cognitiv-comportamentală – tehnici specifice de intervenție la nivelul memoriei (învățare implicită);
    - tehnici psihodinamice care țintesc mecanismele defensive foarte puternice ce pot interfera cu tratamentul;
    - tehnici umanist-experiențiale (terapie suportivă);
    - terapia de grup (mai ales grupul primar pentru a contracara nevroza de familie).

4 TULBURĂRILE AMNEZICE

4.1 Prezentare generală

- principala funcție cognitivă afectată este memoria; celelalte funcții cognitive nu sunt semnificativ afectate;
- tulburarea de memorie se datorează fie efectelor fiziologice date de o condiție medicală generală, fie efectelor consumului de substanțe;
- tulburările cuprinse în această categorie diferă în funcție de etiologie: tulburare amnezică datorată unei condiții medicale generale, consumului de substanțe şi nespecificată anterior.

4.2 Epidemiologie

Apar în special asociate cu tulburările de consum de substanțe şi traumatismele cerebrale, expunere la substanțe toxice sau neurotoxine.

4.3 Etiologie

- sunt afectate structurile diencefalice, hipocampusul (adesea afectate bilateral);
- afectarea emisferei stângi duce la simptome mult mai severe;
- tulburări cerebrovasculare, scleroza multiplă, sindromul Korsakov, terapia electoconvulsivă, trumatismele craniocerebrale.

4.4 Diagnostic DSM IV

Există trei tulburări incluse în categoria tulburărilor amnezice:

(1) tulburări amnezice determinate de condiții medicale generale;
(2) tulburări amnezice determinate de consumul de substanțe;
(3) tulburări amnezice legate de condiții nespecifice.

Tipul tulburării	Criterii diagnostice
Tulburări amnezice determinate de condiții medicale generale	A – apariția unor tulburări mnezice manifestate prin dificultăți în achiziția de informații noi sau în reamintirea informațiilor achiziționate anterior; B – tulburarea de memorie afectează grav viața individului şi reprezintă un declin de la nivelele anterioare de funcționare; C - tulburarea de memorie nu apare exclusiv pe parcursul unor tulburări ca delirium sau demență; D – datele din istoricul personal, examinări fizice sau de laborator indică faptul că tulburarea este direct legată de prezența unei condiții medicale generale.
Tulburări amnezice determinate de consumul de substanțe	A, B, C D – datele din istoricul personal, examinări fizice sau de laborator indică faptul că tulburarea este direct legată de consumul de substanțe (ex., consum exagerat de alcool, medicație).
Tulburări amnezice legate de condiții nespecifice	- această categorie este utilizată pentru a diagnostica forme ale tulburării care nu întrunesc criteriile pentru nici unul dintre tipurile de amnezii descrise anterior (ex., o formă de amnezie pentru care nu se poate specifica precis etiologia).

4.5 Trăsături clinice

Indicator	Descriere
Memoria	- Cea mai frecventă este amnezia anterogradă (incapacitate de a memora informații noi); apar şi amnezia retrogradă (incapacitate de a-şi aminti informația anterior memorată) şi amnezia anteroretrogradă. Incapacitatea de a-şi aminti informația duce frecvent la confabulații, ca o tendință de completare a informațiilor lipsă.
Starea afectivă	- Agitație sau apatie.
Personalitatea	- Prietenoşi, deschişi.

4.6 Diagnostic diferențial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Delirium	În delirium, tulburările de memorie apar în asociere cu alte deficite majore la nivelul atenției (dificultăți de concentrare, menținere şi redirecționare) şi tulburări de conştiință; În tulburările amnezice pot apare şi alte deficite cognitive, însă acestea nu sunt atât de severe.
Demență	În demență, tulburările de memorie sunt întotdeauna acompaniate de alte deficite cognitive foarte severe (afazie, apraxie, agnozie, deficite în funcțiile executive).
Tulburări disociative	În tulburările disociative, de regulă amnezia apare în legătură cu evenimente traumatice din trecut (nu implică, în general, deficite la nivelul achiziției de informație nouă); În cazul tulburărilor amnezice etiologia se leagă de un substrat somatic (condiții medicale generale, abuz de substanțe).
Tulburări factice şi simulare	În acest caz, deficitele mnezice sunt inconsistente; acest lucru poate fi determinat prin evaluări repetate; în plus, substratul organic specific tulburărilor amnezice lipseşte.
Abuz de substanțe sau efectele renunțării la abuzul de substanțe	în cazul acestor tulburări, deficitele mnezice apar doar pe fondul consumului masiv de substanțe sau ca urmare a renunțării la acestea.
Deficitele cognitive specifice vârstei înaintate	diagnosticul de tulburări amnezice se ia în considerare doar dacă deficitele depăşesc semnificativ nivelul celor date de înaintarea în vârstă şi dacă afectează într-o mare măsură viața persoanei

4.7 Evoluția şi prognosticul bolii

- boala poate fi permanentă (ex., în cazul unor leziuni cerebrale permanente) sau tranzitorie (ex., în urma unui traumatism);
- debutul bolii poate fi acut, brusc (ex., ulterior unui traumatism craniocerebral) sau cronic, gradual c (ex., în urma consumului excesiv de alcool, specific sindromului Korsakov);
- prognosticul este mai optimist în cazul instalării bruşte.

4.8 Tratamentul

- este în principal medical (pentru eliminarea cauzelor);
- intervenția psihoterapeutică – se recomandă:
  - intervenție cognitiv-comportamentală pentru optimizarea memoriei;
  - tehnici psihodinamice care țintesc mecanismele defensive foarte puternice ce pot interfera cu tratamentul;
  - tehnici umanist-experiențiale (terapie suportivă).

5. TULBURĂRILE COGNITIVE NESPECIFIATE ANTERIOR

În această categorie sunt incluse toate tulburările caracterizate de deficite cognitive despre care se crede că sunt cauzate de condiţii medicale generale, care nu corespund criteriilor diagnostice specifice tulburărilor prezentate anterior.

6. TULBURĂRI MENTALE DATORATE UNOR CONDIŢII MEDICALE GENERALE

6.1 Prezentare generală

- termenul de "condiţie medicală generală" se referă la afecţiunile somatice de pe axa III, deşi distincţia boală somatică-boală psihică nu se justifică în totalitate (ambele implicând atât factori fizici, cât şi psihici), aceasta se face din nevoia de rigurozitate în evaluare;
- secţiunea include descriptori şi criterii diagnostice pentru trei astfel de subcategorii:
    1. tulburare catatonică determinată de condiţii medicale generale;
    2. tulburarea de personalitate determinată de condiţii medicale generale;
    3. tulburări mentale nespecificate determinată de condiţii medicale generale;
- alte tulburări datorate unor condiţii medicale sunt prezentate împreună cu tulburări specifice, pe criteriul asemănării din punctul de vedere al simptomatologiei:
    1. delirium datorat unei condiţii medicale generale;
    2. demenţă datorată unei condiţii medicale generale;
    3. tulburări amnezice datorate unei condiţii medicale generale;
    4. tulburări psihotice datorate unei condiţii medicale generale;
    5. tulburări afective datorate unei condiţii medicale generale;
    6. tulburări de anxietate datorate unei condiţii medicale generale;
    7. disfuncţii sexuale datorate unei condiţii medicale generale;
    8. tulburări de somn datorate unei condiţii medicale generale.

6.2 Etiologie

Condiţii medicale ce determină tulburări mentale:

- epilepsia –30% dintre epileptici au probleme psihiatrice;
- tulburările degenerative - Huntington, Parkinson, asociate cu depresie, demenţă, psihoză;
- tumorile cerebrale – în funcţie de localizare pot determina orice tulburare din DSM;
- traumatismele craniocerebrale – se pot asocia cu tulburările de memorie, cognitive, de personalitate;
- tulburările legate de demielinizare – scleroza multiplă se asociază cu depresie, tulburări de memorie, tulburări de personalitate, stări de euforie;
- bolile infecţioase – herpes, sifilis;
- tulburările imunologice - HIV, lupus eritematos asociate cu depresie, insomnii, instabilitate emoţională, stări confuzive;
- tulburările endocrine - hipertiroidismul asociat cu anxietate, stări confuzive; hipotiroidismul asociat cu manie, halucinaţii;
- boli metabolice – encefalopatia hepatică asociată cu tulburările de personalitate, memorie, deficit intelectual;
- tulburările de nutriţie;
- intoxicaţiile - cu mercur se asociază cu depresie, iritabilitate, psihoză.

6.3 Diagnostic DSM IV

Tipul tulburării	Criterii diagnostice
Tulburare catatonică determinată de condiții medicale generale	A - prezența catatoniei manifestată prin imobilitate motorie, activitate motorie excesivă aparent lipsită de scop, negativism extrem sau mutism, bizarerii ale mişcărilor voluntare, ecolalie, ecopraxie; B – datele din istoricul personal, examinări fizice şi de laborator arată că tulburarea este în legătură directă cu o condiție medicală generală.
Tulburarea de personalitate determinată de condiții medicale generale	A – prezența unei tulburări de personalitate persistente, care reprezintă o modificare de la trăsăturile de personalitate inițiale; B – datele din istoricul personal, examinări fizice şi de laborator arată că tulburarea este în legătură directă cu o condiție medicală generală Este de tip labil, dezinhibat şi agresiv.
Tulburări mentale nespecificate determinată de condiții medicale generale	- este o categorie reziduală, utilizată atunci când s-a stabilit că tulburarea este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, însă nu sunt îndeplinite criteriile pentru alte tulburări prezentate mai sus.

6.4 Diagnostic diferențial

- de regulă, tulburarea somatică (medicală) se înregistrează pe axa III, iar tulburarea psihică pe axa I;
- se investighează dacă există în literatură o asociere între cele două; dacă există, trebuie determinată relația dintre acestea în cazul particular supus evaluării;
- dacă se constată că tulburarea psihică a apărut în absența celei somatice, atunci se poate considera că nu este determinată de aceasta. În acest caz, psihoterapia nu este strâns legată de medicația administrată;
- dacă datele din istoricul personal indică o asociere temporală între cele două tulburări, se tratează întâi boala somatică (înlăturarea cauzei organice) şi apoi se face intervenția psihoterapeutică;
- este indicat ca diagnosticul să se facă separat, pentru boala somatică şi cea psihică.

6.5 Tratamentul

- în principal medical (pentru eliminarea cauzelor);
- intervenția psihoterapeutică – se recomandă:
    - intervenție cognitiv-comportamentală simptomatică;
    - tehnici psihodinamice care țintesc mecanismele defensive foarte puternice ce pot interfera cu tratamentul;
    - tehnici umanist-experiențiale (terapie suportivă).

7. TULBURĂRILE DE ANXIETATE

7.1 Prezentare generală

Deseori, termenii de anxietate şi stres sunt utilizaţi ca şi sinonime datorită asemănărilor dintre aceştia. Accentuăm în continuare câteva aspecte importante în acest sens, astfel:

- atât stresul, cât şi anxietatea presupun mecanismul discrepanţei la nivel cognitiv;
- în timp ce în cazul stresului predicţiile asupra realităţii diferă de ceea ce se întâmplă cu adevărat, în cazul anxietăţii discrepanţa este între cerinţele situaţiei şi ce crede persoana că poate să facă, rezultând sentimentul de neajutorare.

Anxietatea este un termen ce semnifică modificări specifice la patru nivele: subiectiv, cognitiv, comportamental şi biologic/fiziologic.

1. La nivel subiectiv – persoana îşi descrie trăirile ca sentimente de teamă, catastrofă imediată, neputinţă, groază;
2. La nivel cognitiv – (1) procesările şi conţinuturile informaţionale dezadaptative duc la prelucrarea preferenţială din mediu a stimulilor anxiogeni, ignorând stimulii neutri sau pozitivi din punct de vedere afectiv; (2) existenţa unei discrepanţe între ce-şi doreşte sau ce trebuie să facă persoana şi ce crede aceasta că poate face;
3. La nivel comportamental – apare comportamentul de evitare a situaţiilor anxiogene;
4. La nivel biologic – domină modificările induse de dezechilibrul sistemului nervos vegetativ, cu predominanţa simpaticului.

Nu este necesar ca modificările specifice anxietăţii să apară simultan la cele patru nivele, într-un mod conştientizat de persoană. În consecinţă, există următoarele tipuri de anxietate, ca urmare a combinării modificărilor de la cele patru nivele:

Nivelele	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***
Subiectiv-cognitiv	+	+	+	-	-	-	+
Comportamental	+	+	-	+	-	+	-
Biologic	+	-	-	+	+	-	+

+ arată prezenţa modificărilor la nivelul respectiv
- indică lipsa unei modificări de intensitate conştientă şi semnificativă (clinică)

- Patternurile 1, 2,3,7 sunt specifice pacienţilor care apelează la psiholog sau psihiatru , datorită experienţei subiective negative;
- Patternurile 4,5,6 sunt specifice pacienţilor care vor nega că suferă de anxietate, aceşti pacienţi fiind întâlniţi doar în secţiile de interne (cardiologice, ginecologie, urologie, nu şi psihiatrie) datorită modificărilor ce apar la nivel biologic;
- Patternul 6 este reprezentat de conversia motorie isterică, în care apare paralizia menţinută de anxietate;

- Patternurile 1,4,5,7 sunt cele care, pe termen lung, în condițiile nerezolvării tulburărilor de anxietate, vor genera tulburări psihosomatice;
- În cazul patternurilor 1 şi 7, nerezolvate şi cronicizate, tulburările de anxietate vor fi dublate de tulburări psihosomatice.

Cel mai frecvent pattern întâlnit în practica clinică este 1. În funcție de modul de interacțiune a manifestărilor vor apare tulburările cuprinse în categoria "tulburări de anxietate":

(1) atacul de panică – este definit ca o stare distinctă, în care se înregistrează apariția bruscă a unor sentimente de teamă, teroare şi dezastru iminent. Acestea se asociază cu simptome somatice (palpitații, dureri de piept, senzație de sufocare) şi teama de a nu înnebuni sau pierde controlul;
(2) agorafobia - este caracterizată prin evitarea sau suportarea cu extremă anxietate a unor situații sau locuri din care ieşirea poate fi dificilă (sau jenantă), sau în care este greu de obținut ajutor în caz că persoana are un atac de panică, sau simptome specifice atacului de panică;
(3) tulburarea de panică fără agorafobie – se caracterizează prin prezența atacurilor de panică recurente, neaşteptate şi îngrijorări persistente față de acestea;
(4) tulburarea de panică cu agorafobie – se caracterizează prin atacuri de panică neaşteptate, recurente şi agorafobie;
(5) agorafobia fără atac de panică – se caracterizează prin prezența agorafobiei şi a simptomelor specifice atacului de panică, fără prezența unor atacuri de panică neaşteptate;
(6) fobiile specifice - sunt caracterizate prin prezența anxietății de nivel clinic, datorată confruntării cu o situație sau obiect care provoacă teamă; duce frecvent la evitarea comportamentală a stimulului anxiogen;
(7) fobia socială – este caracterizată prin prezența anxietății de nivel clinic, datorată confruntării cu o anumită situație socială sau de performanță; duce frecvent la evitarea comportamentală a situației anxiogene;
(8) tulburarea obsesiv-compulsivă – este caracterizată prin prezența obsesiilor (care produc anxietate accentuată sau distres) şi/sau a compulsiilor (cu rolul de a neutraliza anxietatea);
(9) tulburarea de stres posttraumatic – se caracterizează prin reexperiențierea unui eveniment extrem de traumatic, acompaniată de arousal ridicat şi evitarea stimulilor asociați cu trauma;
(10) tulburarea de stres acut - se caracterizează prin prezența unor simptome asemănătoare cu cele din stresul posttraumatic, care se instalează imediat după un eveniment extrem de traumatic;
(11) anxietatea generalizată – se caracterizează printr-o perioadă de cel puțin şase luni de anxietate şi îngrijorări persistente;
(12) anxietate datorată unei condiții medicale generale – se caracterizează prin simptome de anxietate care sunt consecința directă a prezenței unei condiții medicale generale; dintre condițiile medicale asociate cu anxietatea amintim:
    - tulburările endocrine (hiper şi hipotiroidism, hipoglicemie, hiperadrenocorticism etc.);
    - tulburări cardiovasculare (embolie pulmonară, aritmie, etc.);

- tulburări respiratorii (pneumonie, hiperventilaţie etc.);
- tulburări metabolice (deficit de vitamină B12, porfirie etc.);
- tulburări neurologice (neoplasm, tulburări vestibulare, encefalită etc.);

(13) anxietate indusă de consumul de substanţe - se caracterizează prin simptome de anxietate care sunt consecinţa directă a ingestiei de alcool, droguri, medicamente sau a expunerii la substanţe toxice;

(14) anxietate nespecificată anterior – se caracterizează prin prezenţa simptomelor de anxietate, care însă nu justifică acordarea unuia dintre diagnosticele anterioare.

OBSERVAŢII: anxietatea de separare şi evitarea fobică limitată la contactul sexual genital sunt incluse în categoriile "Tulburări clinice ale copilului şi adolescentului", respectiv "Tulburări sexuale şi de identitate sexuală".

7.2 Epidemiologie / III. Etiologie /IV. Diagnostic DSM IV/V. Diagnostic diferenţial

7.2.1. ATACUL DE PANICĂ (cu şi fără agorafobie)

Tulburarea	Epidemiologie
Atacul de panică (cu şi fără agorafobie)	- În populaţia generală, prevalenţa este de 1,5%-3,5%; - Aproximativ o treime până la o jumătate dintre indivizii cu atac de panică au, de asemenea, agorafobie; în loturile clinice, agorafobia apare chiar mai frecvent; - Atacul de panică fără agorafobie apare de două ori mai frecvent şi atacul de panică cu agorafobie de trei ori mai frecvent la femei comparativ cu bărbaţii.
Agorafobie fără atac de panică	- În populaţia clinică, peste 95% dintre pacienţii cu agorafobie au sau au avut şi atac de panică; - În populaţia generală, frecvenţa agorafobiei fără atac de panică este mai mare decât frecvenţa atacului de panică cu agorafobie (deşi există critici legate de modalităţile de evaluare). - Apare mult mai frecvent la femei, comparativ cu bărbaţii.

Tulburarea	Teorii explicative
Atacul de panică fără agorafobie	• Teoria cognitiv-comportamentală Secvenţa mecanismelor etiopatogenetice în atacul de panică este următoarea: - Apariţia unei stări de arousal (consum de cafea, efort fizic etc.); - Interpretarea în termeni de boală a acestei stări, asociată cu sentimentul lipsei controlului şi iminenţei unei crize; - Această interpretare amplifică modificările induse de SNV la punctul 1, intrându-se într-un cerc vicios (cauza şi efectul îşi schimbă locul). • Teoria psihanalitică Există patru tipuri de anxietăţi: 1. Anxietatea idului – apare prima dată în ontogeneză dată de teama că

	lumea înconjurătoare va duce la pierderea autonomiei idului; 2. Anxietatea de separare – copilul simte că se rupe de persoana semnificativă; 3. Anxietatea de castrare – probleme legate de complexul Oedip şi Electra; 4. Anxietatea superego-ului – apare după dezvoltarea superego-ului Atacul de panică se leagă de anxietatea idului – pulsiunile sunt foarte puternice şi ego-ul nu reuşeşte să le blocheze, rezultând sentimentul lipsei de control asupra lumii înconjurătoare.
Atacul de panică cu agorafobie	Teoria cognitiv-comportamentală Evitarea agorafobică apare datorită asocierii diferitelor situații cu atacuri de panică, astfel persoana învață să le evite pentru a minimaliza posibilitatea declanşării unui nou atac de panică.

Tipul tulburării	**Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice**
Atacul de panică	Episod distinct de teamă intensă şi disconfort, în care patru sau mai multe dintre următoarele simptome debutează brusc şi ating apogeul într-o perioadă de 10 minute: • Palpitații, ritm cardiac accelerat; • Transpirații; • Tremurături; • Senzație de sufocare; • Dureri de piept; • Greață şi dureri abdominale; • Senzație de amețeală şi leşin; • Derealizare (detaşare de realitate) sau depersonalizare (detaşare de sine); • Teamă de a nu pierde controlul sau de a nu înnebuni; • Teamă de a nu muri; • Parestezii (senzație de amorțeală sau furnicături); • Frisoane sau puseuri de căldură.
Agorafobia	A - experiențierea unor stări de anxietate în situații sau locuri din care ieşirea poate fi dificilă (sau jenantă) sau în care este greu de obținut ajutor în caz că persoana are un atac de panică sau simptome specifice atacului de panică (Ex. locuri aglomerate, singur acasă, pe un pod, într-un mijloc de transport, într-un loc izolat); B – situațiile sunt evitate sau suportate cu dificultate.
Atacul de panică (cu şi fără agorafobie)	A1 – atacuri de panică recurente, neaşteptate; A2 – cel puțin unul dintre atacuri a fost urmat de cel puțin o lună de: • Îngrijorări persistente legate de probabilitatea apariției unui nou atac de panică sau; • Îngrijorări legate de implicațiile sau consecințele atacului sau;

	• Modificări importante de comportament legate de prezența atacurilor de panică; B –prezența sau absența agorafobiei (cu sau fără agorafobie).
Agorafobie fără atac de panică	A. prezența agorafobiei asociată cu teamă de a nu dezvolta simptome asemănătoare atacului de panică; B. nu au fost satisfăcute niciodată criteriile pentru atacul de panică; C. dacă se asociază cu o condiție medicală generală, teama este disproporționată.

Diagnostic diferențial

Tulburarea de atac de panică (cu şi fără agorafobie)	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Alte tulburări în care poate apare atacul de panică (fobie socială, tulburare obsesiv-compulsivă, PTSD, anxietate de separare, tulburare delirantă)	Atacul de panică în tulburarea de atac de panică apare recurent şi neaşteptat (“ca din senin”), fie inițial, fie pe parcursul tulburării. La celelalte tulburări, panica este asociată cu situații sau obiecte specifice; Evitarea agorafobică se distinge prin obiectul temei – frica de a nu avea un alt atac de panică.

Agorafobia fără istoric de atac de panică	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburare de atac de panică cu agorafobie	- în agorafobie, nu există în istoricul personal nici un atac de panică; evitarea rezultă din teama de umilire sau neputință datorită unor simptome asemănătoare panicii
Fobie socială	- teama de a nu acționa într-o manieră umilitoare sau jenantă (fobia socială) versus teama de a nu se pune într-o postură umilitoare datorită dezvoltării unor simptome de panică (agorafobie).
Fobii specifice	- teama de situații de unde ar fi dificil de plecat sau unde nu s-ar putea obține ajutor în cazul unor simptome de panică (agorafobie) versus teama de situații specifice (fobia simplă).
Episod depresiv major	- refuzul de a ieşi din casă datorită lipsei de energie, ahedoniei, apatiei (episod depresiv major) versus refuzul de a ieşi din casă de teamă că nu va putea obține ajutor în eventualitatea unor simptome de panică (agorafobie)
Tulburare delirantă	- evitarea unor situații de teamă că nu va putea obține ajutor sau că se va pune într-o postură jenantă în eventualitatea unor simptome de panică (agorafobie) versus teama de persecuție
Anxietatea de separare	- refuzul de a părăsi casa şi persoanele apropiate de teama de a nu le pierde (anxietate de separare) versus refuzul de a părăsi

	casa de teamă că nu va putea obține ajutor în eventualitatea unor simptome de panică (agorafobie).

7.2.2 FOBIILE SPECIFICE

Tulburarea	Epidemiologie
Fobiile specifice	- În populația generală, prevalența este de 10%-11,3%; - Aproximativ 75%-90% dintre persoanele cu fobii de animale, fenomene naturale sau forme situaționale de fobii sunt femei; - Aproximativ 55%-70% dintre persoanele cu teamă de înălțime sunt femei; - Aproximativ 55%-70% dintre persoanele cu fobie de sânge / injecții / rănire sunt femei.

Tulburarea	Teorii explicative
Fobiile simple/ specifice	• Teoria cognitiv-comportamentală Există două tipuri de fobii, cu şi fără cogniții dezadaptative: 1. Stimulul fobic joacă rolul stimulului condiționat iar reacția anxioasă reprezintă răspunsul necondiționat; 2. Cognițiile dezadaptative (negativ exagerate față de stimulul fobic; ex., "câinii sunt animale periculoase, turbate") amplifică simptomatologia anxioasă şi generează comportamentul evitant. Când nu apar cognițiile dezadaptative, persoana îşi consideră reacția ca fiind irațională şi nejustificată, generându-se totuşi comportamentul evitant. Evitarea duce la dispariția anxietății, fiind astfel întărită negativ. • Teoria psihanalitică Fobiile simple se leagă mai ales de anxietatea de castrare (vezi complexul Oedip şi Electra). Pulsiunile sexuale îndreptate spre mamă sunt reprimate fără succes iar apoi sunt sublimate, rezultând fobii simple.

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Fobiile simple/specifice	A. teamă ilogică, accentuată şi persistentă declanşată de prezența sau anticiparea prezenței unui obiect sau situație specifică; B. contactul cu stimulul fobogen provoacă aproape invariabil un răspuns anxios imediat, care poate lua forma unui atac de panică declanşat sau favorizat de o situație (situațional); C. persoana recunoaşte că frica sa este exagerată şi ilogică; D. situația fobică este evitată sau suportată cu dificultate.

Diagnostic diferențial

Fobiile simple /specifice	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburarea de panică cu agorafobie	- Evitarea unor situații de teama unui atac de panică (tulburare de atac de panică cu agorafobie) versus evitarea unor situații specifice.
Fobia socială	- Obiectul fricii este evaluarea socială (fobie socială) versus o situație sau obiect specific (fobii simple).
Stresul posttraumatic	- Evitarea unor situații specifice (fobii specifice) versus evitarea situațiilor anterior asociate cu trauma (PTSD).
Tulburarea obsesiv-compulsivă	- Evitarea este asociată cu conținutul obsesiei (OCD) versus evitarea unor situații specifice.
Anxietatea de separare	- Refuzul de a părăsi casa şi persoanele apropiate de teama de a nu le pierde (anxietate de separare) versus refuzul de a te expune la situații specifice.
Ipohondria	- Preocupare cu gândul că are o boală gravă (ipohondrie) versus preocupare cu gândul că ar putea contacta o boală (fobie specifică).
Tulburări alimentare (bulimie, anorexie)	- Evitarea alimentelor şi aspectelor legate de alimentație (tulburări alimentare) versus evitarea unor obiecte specifice (fobie simplă).
Schizofrenia şi alte tulburări psihotice	- Evitarea unor activități ca răspuns la delir, dar teama nu e percepută ca fiind nejustificată şi exagerată (tulburări psihotice) versus evitarea unor situații specifice, iar teama este percepută ca fiind exagerată (fobii simple).

7.2.3 FOBIA SOCIALĂ

Tulburarea	Epidemiologie
Fobia socială	- În populația generală, prevalența este de 3%-13%; majoritate persoanelor afectate se tem să vorbească în public (mai puțin de jumătate se tem să discute cu persoane străine sau să cunoască persoane noi; mai rar apare teama de a mânca sau bea în public, ori de a utiliza toaletele publice); - În populația clinică, majoritatea pacienților se tem de mai multe situații publice; - Persoanele cu fobie socială sunt spitalizate rar; tratamentul se face frecvent ambulatoriu; - În populația generală, este mai frecventă la femei, dar în populația clinică apare la fel de des la femei ca şi la bărbați (uneori chiar mai frecvent la bărbați).

Tulburarea	Teorii explicative
Fobia socială	• Teoria cognitiv-comportamentală Există două tipuri de fobie socială, cu şi fără cogniţii dezadaptative. Secvenţa mecanismelor etiopatogenetice este următoarea: - Neajutorare (persoana nu ştie cum să răspundă cerinţelor sociale, aceasta generând o stare de anxietate); - Anxietatea, care poate fi amplificată de cogniţii dezadaptative despre situaţiile sociale ("trebuie să arăt perfect"); - Persoana nu ştie cum să răspundă anxietăţii generate, ceea ce amplifică mai mult anxietatea şi declanşează comportamentul evitant; - Evitarea duce la dispariţia anxietăţii, fiind astfel întărită negativ. • Teoria psihanalitică Fobia socială ca şi agorafobia se leagă mai ales de anxietatea de castrare (vezi complexul Oedip şi Electra).

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Fobia socială	A. teamă accentuată şi persistentă de una sau mai multe situaţii sociale sau de performanţă, în care pacientul ia contact cu persoane necunoscute sau este expus la evaluarea celorlalţi. Pacientul se teme că va acţiona (sau va manifesta anxietate) într-o manieră umilitoare sau jenantă; B. contactul cu stimulul fobogen provoacă aproape invariabil un răspuns anxios imediat, care poate lua forma unui atac de panică declanşat sau favorizat de o situaţie (situaţional); C. persoana recunoaşte că frica sa este exagerată şi ilogică; D. situaţiile sociale sau de performanţă care provoacă teama sunt evitate sau suportate cu dificultate.

Diagnostic diferenţial

Fobia socială	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferenţial	**Indici de diferenţiere**
Tulburare de atac de panică cu agorafobie	- teama de a nu acţiona într-o manieră umilitoare sau jenantă (fobia socială) versus teama de a nu se pune într-o postură umilitoare datorită dezvoltării unor atacuri de panică (atac de panică cu agorafobie).
Agorafobie fără atac de panică	- teama de a nu acţiona într-o manieră umilitoare sau jenantă (fobia socială) versus teama de a nu se pune într-o postură umilitoare datorită dezvoltării unor simptome de panică (agorafobie).
Anxietatea de separare	- refuzul de a părăsi casa şi persoanele apropiate de teama de a nu le pierde (anxietate de separare) versus refuzul de a părăsi casa pentru a evita situaţiile sociale; disconfortul apare şi atunci

	când situația socială survine acasă (fobia socială).
Anxietate generalizată şi fobii simple	- teama de umilire, situare într-o postură jenantă sau îngrijorări legate de propria performanță apare şi atunci când nu există situația de evaluare (anxietate generalizată, fobii simple) versus teama de umilire ulterioară evaluării celorlalți (fobia socială).
Tulburarea pervazivă de dezvoltare şi tulburare de personalitate de tip schizoid	- evitarea situațiilor sociale datorită lipsei de interes pentru relaționarea cu ceilalți (tulburare pervazivă şi tulburare de personalitate de tip schizoid) versus evitarea situațiilor sociale ce implică contact cu persoane necunoscute, în prezența interesului pentru relații sociale cu persoane cunoscute.
Tulburare de personalitate de tip evitant	- distincția este dată de perioada debutului tulburării şi severitatea şi caracterul general al acesteia.
Anxietatea de performanță, tracul de scenă, timiditatea	- diagnosticul de fobie socială se pune doar dacă simptomele interferează puternic cu viața familială, profesională, socială a persoanei.

7.2.4 TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ (OCD)

Tulburarea	Epidemiologie
Tulburarea obsesiv-compulsivă	- În populația generală, prevalența este de 2,5%; - Apare la fel de frecvent la bărbați şi femei.

Tulburarea	Teorii explicative
Tulburarea obsesiv-compulsivă	• Teoria cognitiv-comportamentală Secvența mecanismelor etiopatogenetice este următoarea: - Prezența unor gânduri intruzive normale; - Interpretarea negativă a acestor gânduri şi asocierea lor cu trăiri emoționale (anxietate); asocierea determină creşterea frecvenței apariției lor; - Anticipările persoanei, frica de aceste gânduri este o altă premisă care creşte frecvența de apariție. Pentru a elimina anxietatea generată de gândurile obsesive, persoana apelează la o serie de comportamente întărite negativ, care se repetă compulsiv, fiind incontrolabile deoarece reduc anxietatea resimțită. • Teoria psihanalitică Tulburarea obsesiv-compulsivă este consecința fixației şi regresiei la stadiul anal; această fixație generează ambivalență. Ca şi mecanism de apărare, se încearcă separarea conținutului informațional de încărcătura afectivă; dacă separarea nu funcționează,

	se blochează expresia comportamentală a gândului – rezultă un comportament opus celui determinat de obsesie, care poate fi automat (compulsie) sau voluntar (reacția inversă).

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Tulburarea obsesiv-compulsivă	A. apar fie obsesiile, fie compulsiile. Obsesiile: • gânduri, impulsuri, imagini persistente resimțite la un moment dat ca intruzive, inadecvate, care cauzează anxietate şi distres; • gândurile, impulsurile sau imaginile nu sunt doar îngrijorări excesive pentru probleme de zi cu zi; • persoana încearcă să neutralizeze aceste gânduri, impulsuri sau imagini cu alte gânduri sau acțiuni; • persoana recunoaşte că impulsurile, gândurile sau imaginile sunt produse ale propriei sale minți şi nu sunt impuse dinafară. Compulsiile: • comportamente sau acte mentale repetitive; • comportamentele sau actele mentale au rolul de a reduce distresul sau de a preveni evenimente sau situații neplăcute; acestea fie nu se leagă logic de aspectele pe care trebuie să le neutralizeze sau sunt excesive. B. La un anumit moment pe parcursul tulburării, persoana a recunoscut caracterul excesiv şi ilogic al obsesiilor sau compulsiilor

Diagnostic diferențial

Tulburarea obsesiv-compulsivă (OCD)	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburare dismorfică, fobie socială, fobie specifică, tulburări de impuls	- conținutul gândurilor se leagă de aspecte specifice – forma corpului, un obiect sau o situație, o acțiune (Tulburare dismorfică, fobie socială, fobie specifică, tulburări de impuls) versus alte preocupări – contaminare, ordonare, nesiguranță, agresiviate (OCD).
Episod depresiv major	- preocupări obsesive legate de inutilitate, congruente cu starea afectivă (depresie) non egodistonice versus obsesii egodistonice (OCD).
Anxietate generalizată	- îngrijorări excesive legate de aspectele vieții cotidiene (anxietate generalizată) versus îngrijorări considerate de persoană irațională şi fără sens (OCD).
Ipohondrie şi fobie specifică	- preocupări asociate cu teama de a nu avea o boală severă (ipohondrie), teamă de a nu contacta o boală (fobie specifică), teamă de a nu avea o boală şi a o transmite altora, dublată de comportamente compulsive orientate spre prevenirea acestui aspect (OCD).

Tulburare delirantă şi alte tulburări psihotice	- delir legat de situaţii mai puţin probabile şi comportamente ciudate non egodistonice (tulburări psihotice) versus obsesii legate de evenimente mai probabile - contaminarea cu microbi şi comportamente compulsive egodistonice (OCD).
Ticuri şi mişcări stereotipe	- ticurile şi mişcările stereotipe sunt acte motorii puţin complexe şi nu au rolul de a neutraliza anxietatea cauzată de obsesii.
Tulburări alimentare şi abuzul de substanţe	- comportamentele compulsive în acest caz sunt egosintonice, plăcute şi dorinţa de a le bloca ţine doar de consecinţele negative ale acestora.
Tulburare de personalitate de tip obsesiv-compulsiv	- preocupări generalizate cu ideea de ordine, perfecţiune şi control, ce debutează la o vârstă mică (tulburarea de personalitatea de tip OC) versus prezenţa obsesiilor şi compulsiilor (OCD).
Comportamente repetitive, ritualice	- apar normal în viaţa de zi cu zi; diagnosticul de OCD se pune doar dacă simptomatologia afectează negativ viaţa persoanei.

7.2.6. TULBURAREA DE STRES ACUT TRAUMATIC ŞI TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC (PTSD)

Tulburarea	Epidemiologie
Stresul acut posttraumatic	- Prevalenţa stresului într-o populaţie expusă la un stres traumatic sever depinde de severitatea şi durata intervenţiei agentului traumatic şi gradul de expunere la acesta.
Stresul posttraumatic (PTSD)	- În populaţia generală, prevalenţa este de 1%-14%; - În grupurile de risc (veterani de război, victime ale abuzurilor şi violenţei, victime ale dezastrelor naturale), prevalenţa este de 3%-58%.

Tulburarea	Teorii explicative
Stresul posttraumatic	• Teoria cognitiv-comportamentală Mecanismele etiopatogenetice sunt: - condiţionarea clasică – un stimul neutru se încarcă afectiv datorită asocierii cu unul care produce o reacţie automată a organismului); - neurofiziologia memoriei – stresul puternic afectează hipocampusului, astfel că doar o parte din informaţie este codată în sistemul mnezic explicit; informaţia codată la nivelul amigdalei duce la reactualizări involuntare, exprimate comportamental. Rezultă o redare lacunară a evenimentului traumatic, care poate fi completată sub hipnoză, realizându-se sentimentul de coerenţă a istoricului personal, controlabilitate şi predictibilitate.

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice

Stresul posttraumatic (PTSD)	A. persoana a fost expusă la un eveniment traumatic în care: • a trăit, a fost martoră sau s-a confruntat cu un eveniment care a implicat ameninţări cu moartea sau rănirea gravă, decesul sau rănirea gravă sau ameninţarea integrităţii fizice a sale sau a altor persoane; • reacţia persoanei a inclus teamă intensă, sentimente de neajutorare sau oroare. B. evenimentul traumatic este reexperienţiat frecvent într-una sau mai multe dintre următoarele modalităţi: • amintiri intruzive ale evenimentului traumatic (imagini, gânduri, percepţii); • coşmaruri recurente legate de evenimentul traumatic; • retrăirea evenimentului la nivel de comportamente, afecte (inclusiv halucinaţii, iluzii, flashback-uri); • distres intens la contactul cu stimuli interni şi externi similari unui aspect al evenimentului traumatic; • reactivitate fiziologică la contactul cu stimuli interni şi externi similari unui aspect al evenimentului traumatic. C. evitarea stimulilor asociaţi traumei şi responsivitate generală redusă manifestate în următoarele modalităţi: • încercarea de a evita gânduri, sentimente, conversaţii ce reamintesc de traumă; • evitarea locurilor, activităţilor, persoanelor care reamintesc trauma; • imposibilitate de a-şi aminti aspecte importante ale evenimentului traumatic; • interesul sau participarea la activităţi importante sunt mult diminuate; • sentiment de detaşare şi înstrăinare de ceilalţi; • gama de afecte este mult restrânsă; • aşteptări pesimiste în legătură cu viitorul. D. arousal ridicat manifestat prin: • dificultăţi la dormire li insomnii; • iritabilitate sau izbucniri de furie; • dificultăţi de concentrare; • hipervigilenţă. E. simptomele durează de mai mult de o lună
Stresul acut posttraumatic	A. persoana a fost expusă la un eveniment traumatic în care: • a trăit, a fost martoră sau s-a confruntat cu un eveniment care a implicat ameninţări cu moartea sau rănirea gravă, decesul sau rănirea gravă sau ameninţarea integrităţii fizice a sale sau a altor persoane; • reacţia persoanei a inclus teamă intensă, sentimente de neajutorare

sau oroare.
B. în timpul sau după experienţierea evenimentului traumatic, se manifestă trei sau mai multe din următoarele simptome disociative:
- sentimentul de detaşare şi absenţa răspunsurilor afective;
- reducerea conştientizării mediului înconjurător;
- derealizare;
- depersonalizare;
- amnezie disociativă (nu-şi poate aminti aspecte importante din evenimentul traumatic).

C. evenimentul traumatic este reexperienţiat în mod repetat.
D. stimulii care reamintesc evenimentul traumatic sunt evitaţi
E. prezenţa simptomelor de anxietate şi arousal ridicat
F. simptomele durează între 2 zile şi 4 săptămâni şi se instalează în primele 4 săptămâni din momentul traumei.

Diagnostic diferenţial

Stresul posttraumatic (PTSD)	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferenţial	**Indici de diferenţiere**
Tulburare de adaptare	- stresorul constituie o situaţie extremă de viaţă (PTSD) versus stresorul poate avea orice severitate (tulburare de adaptare).
Stresul acut posttraumatic	- simptomele se instalează în primele patru săptămâni după evenimentul traumatic şi dispar în decurs de o lună (stres acut posttraumatic) versus simptome ce persistă mai mult de o lună (PTSD).
Tulburarea obsesiv-compulsivă	- gândurile intruzive sunt experienţiate ca fiind inadecvate (OCD) versus gânduri intruzive asociate cu o traumă şi resimţite ca firești, normale dată fiind situaţia (PTSD).
Simulare	- situaţii în care există un beneficiu extern (financiar sau de altă natură).

7.2.7. ANXIETATEA GENERALIZATĂ

Tulburarea	Epidemiologie
Anxietatea generalizată	- În populaţia generală, prevalenţa este de 5%; - În populaţia clinică ce prezintă tulburări de anxietate, aproximativ 12% au anxietate generalizată.

Tulburarea	Teorii explicative
Anxietate generalizată	• Teoria cognitiv-comportamentală Secvențele mecanismelor etiopatgenetice sunt următoarele: - existența unei stări de arousal fiziologic cronic. S-a demonstrat rolul stilului cognitiv dezadaptativ şi catastrofic, care menține această stare de arousal printr-un cerc vicios. Este incriminată şi reactivitatea SNV; - apariția unor situații ce generează o stare emoțională în limite normale; - arousalul cronic se suprapune peste cel generat de situația țintă amplificând trăirea emoțională negativă (putându-se ajunge la atac de panică) şi treptat comportamentul de evitare a tot mai multe situații sociale.

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Anxietate generalizată	A. îngrijorare şi anxietate excesive, via a vis de diferite evenimente şi activități, prezente aproape zilnic pe o perioadă de 6 luni; B. persoana simte că nu poate controla îngrijorările; C. îngrijorările se asociază cu trei sau mai multe dintre următoarele manifestări: • neliniște şi tesionare; • oboseală; • dificultăți de concentrare; • iritabilitate; • tensiune musculară; • tulburări de somn; D. anxietatea şi îngrijorarea nu sunt limitate la un aspect particular (o situație, obiect etc.).

Diagnostic diferențial

Anxietatea generalizată (GA)	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Atacul de panică	- îngrijorări legate de posibilitatea unui nou atac de panică (atacul de panică) versus îngrijorări legate de mai multe aspecte ale vieții (GA).
Fobia socială	- îngrijorări legate de posibilitatea de a se găsi într-o postură jenantă în public (fobia socială) versus îngrijorări legate de mai multe aspecte ale vieții curente, indiferent dacă apare sau nu evaluarea socială (GA).
OCD	- teama de contaminare şi gânduri intruzive egodistonice (OCD) versus temeri legate de probleme curente (GA); în GA, predomină îngrijorările sub formă verbală, pe când în OCD apar frecvent imagini şi impulsuri ce atrag după ele

	comportamentele compulsive.
Anorexie nervoasă	- îngrijorări legate de creşterea în greutate (anorexie) versus îngrijorări legate de mai multe aspecte ale vieții curente (GA).
Somatizare	- îngrijorări legate de acuze somatice multiple (somatizare) versus îngrijorări legate de mai multe aspecte ale vieții curente (GA).
Anxietate de separare	- îngrijorări legate de faptul că cei apropiați ar putea păți ceva sau că ar putea fi departe de ei sau de casă (anxietatea de separare) versus îngrijorări legate de mai multe aspecte ale vieții curente(GA).
Ipohondrie	- îngrijorări legate de posibilitatea de a fi grav bolnav (ipohondrie) versus îngrijorări legate de mai multe aspecte ale vieții curente (GA).
Stresul posttraumatic	- anxietatea apare ca şi consecință a unei traume severe (PTSD), anxietatea apare ca răspuns la stresori curenți (GA).
Tulburare de adaptare	- este o categorie reziduală utilizată doar dacă simptomele nu satisfac criteriile unei alte tulburări de anxietate.
Anxietatea nonpatologică	- îngrijorările sunt mai controlabile, mai puțin intense, legate de mai puține aspecte ale vieții, mai rar însoțite de manifestări somatice şi interferează mai puțin cu capacitățile adaptative şi de funcționare ale persoanei (anxietatea nonpatologică).

7.3. Gânduri automate caracteristice diferitelor forme de anxietate

Denumirea tulburării	Gânduri automate	Comportamente specifice
fobia socială	• Ceilalți vor vedea că sunt stresat şi anxios; • Dacă mă văd anxios, vor crede că sunt ciudat şi vor spune la toată lumea; • Nimeni nu va mai vrea să fie prieten cu mine, dacă toți vor şti că sunt anxios; • Datorită emotivității mele, toți mă vor crede o persoană slabă; • N-am nici o şansă să fiu un om de succes, dacă nu-mi pot controla emoțiile; • Mă fac de râs dacă ceilalți văd că sunt stresat şi anxios.	• Evită situațiile sociale, situațiile de performanță, locurile în care sunt mulți oameni; • Se descurcă mai bine într-un cadru familiar şi cu prietenii apropiați.
claustrofobia	• Dacă intru acolo nu voi mai putea ieşi; • Locurile strâmte sunt periculose pentru că te poți sufoca; • Dintr-un spațiu închis s-ar putea să nu mai ies şi să mor sufoca.	• Evită spațiile închise, strâmte.
stresul	• Lumea este un loc periculos; • S-ar putea ca situația respectivă să-mi	• Evită situațiile sau lucrurile care-i aduc

posttraumatic	reamintească trauma mea; • M-ar putea invada oricând amintiri despre trauma mea.	aminte de trauma suferită.
tulburarea obsesiv-compulsivă	• Gândurile sau comportamentele de la care mi-e greu să mă abțin vor duce la boli sau la rănirea mea sau a altcuiva; • Gândurile care mă invadează sunt absurde şi nerealiste.	• Se angajează în comportamente compulsive (de la care nu se pot abține) care le diminuează anxietatea.
anxietatea de separare	• Dacă cei apropiați mie nu sunt aproape li se poate întâmpla ceva foarte rău.	• Refuză să rămână singuri.
atacul de panică cu agorafobie	• Mă fac de râs dacă am un atac de panică în public; • Dacă am un atac de panică în acel loc nu pot cere ajutor; • Dacă am un atac de panică în acel loc, nu voi putea ieşi la timp; • Aş putea face oricând un atac de panică; • Anxietate exagerată pe care o resimt va duce la declanşarea unei boli grave; • Dacă sunt lăsat singur mi s-ar putea întâmpla ceva rău.	• Evită situațiile sociale; • Evită situațiile sociale, situațiile de performanță, locurile în care sunt mulți oameni; • Evită spațiile închise, strâmte; • Evită situațiile sau lucrurile care-i aduc aminte de atacurile de panică; • Se angajează în comportamente care le diminuează anxietatea; • Refuză să rămână singuri.

7.4. Tratamentul

- Tehnici cognitiv-comportamentale pentru modificarea comportamentelor şi cogniţiilor dezadaptative, inducerea relaxării în toate tulburările de anxietate;
- În stresul posttraumatic (PTSD) şi tulburarea obsesiv-compulsivă, se utilizează tehnici de control a gândurilor intruzive;
- În stresul posttraumatic, sunt utile tehnicile de modificare a cunoştinţelor din sistemul mnezic implicit;
- Terapia medicamentoasă are efect rapid, dar nu se recomandă în combinație cu psihoterapia (persoana va atribui remiterea simptomatologiei medicamentelor şi nu dobândirii controlului asupra acesteia).

Modulul II

8. TULBURĂRILE DE ADAPTARE

8.1 Prezentare generală:

- trăsătura caracteristică a tulburărilor de adaptate constă în instalarea unor simptome emoţionale şi comportamentale (reacţii dezadaptative), de intensitate clinică, ca răspuns la intervenţia unor stresori psiho-sociali identificabili;
- simptomele apar în decurs de 3 luni de la intervenţia stresorilor şi dispar de la sine după cel mult 6 luni de la încetarea acţiunii acestora; simptomele pot persista doar dacă este vorba de stresori cronici sau cu efecte de durată;
- stresorii pot apare sub forma unui eveniment singular (ex., încheierea unei relaţii romantice) sau sub forma unor probleme multiple (ex., dificultăţi financiare, probleme de cuplu etc.);
- tulburările de adaptare apar sub diferite forme, în funcţie de simptomele ce domină în tabloul clinic:
    - cu dispoziţie depresivă;
    - cu anxietate;
    - mixte, cu dispoziţie depresivă şi anxietate;
    - cu tulburări de comportament;
    - cu tulburări emoţionale (anxietate, depresie) şi tulburări de comportament;
    - nespecificate (acuze fizice, izolare socială, dificultăţi şcolare etc.).

8.2. Epidemiologie:

- foarte frecvente printre pacienţii spitalizaţi pentru intervenţii chirurgicale;
- apare de două ori mai frecvent la femei;
- prevalenţa în populaţia clinică este între 5%-20%;
- persoanele care provin din medii socio-economice defavorizate şi sunt expuse la influenţa multor stresori constituie grup de risc.

8.3. Etiologie:

Stresul poate fi definit ca şi discrepanţă între solicitările situaţiei şi capacităţile autopercepute de a răspunde la respectivii stresori (R. Lazarus);

Conform lui Lazarus, în aprecierea fiecărei situaţii intervin trei tipuri de evaluări:

1. *Evaluare primară* – cuprinde prelucrări automate vizând interacțiunea dintre stresor – persoană, rezultând modificări cognitive, comportamentale şi biologice. Ca şi consecință a acestor modificări, apare o *trăire subiectivă primară* (situația este etichetată ca fiind periculoasă sau nu)

2. *Evaluare secundară* – vizează mecanismele de coping

	cognitive	**comporta mentale**	**biologice**
Confruntative			
Evitative	X (mecanismele defensive)		

care pot fi mobilizate pentru a *modifica trăirea subiectivă primară*

3. *Evaluare terțiară* – vizează eficiența mecanismelor coping mobilizate pentru a *modifica trăirea emoțională*

Aşadar, mecanismele coping intervin înainte sau după apariția trăirii subiective, în cascadă (prelucrări succesive), ducând la aproximarea treptată a trăirii emoționale. Deşi acest model a fost propus de Lazarus pentru stres şi emoții, este aplicabil şi tulburărilor de adaptare.

În cazul tulburărilor de adaptare, reacția persoanei este mai intensă decât în mod normal, deoarece la nivelul individului există factori de vulnerabilitate ca:

- Biologici – genetici (SNV reactiv) sau dobândiți (arousal cronic transferabil în diferite situații);
- Psiho-sociali – credințe iraționale şi stil atribuțional, autoeficacitatea, optimismul, pattern de cogniții dezadaptative, suportul social, stima de sine, mecanisme coping dezadaptative dobândite în copilărie.

8.4. Diagnostic DSM IV

Tipul tulburării	**Criterii diagnostice**
Tulburări de adaptare	A. apariția de simptome emoționale şi comportamentale ca răspuns la intervenția unor stresori identificabili şi care se instalează în cel mult trei luni de la apariția acestora; B. simptomele sunt de intensitate clinică, exprimată ca: (1) intensitatea distresului experiențiat depăşeşte reacția normală la respectivul stresor; (2) are un impact negativ semnificative asupra vieții prsoanei, afectându-i capacitatea de funcționare socială sau ocupațională academică);

C. tulburarea nu satisface criteriile pentru o altă afecțiune de pe axa I şi nu reprezintă o exacerbare a unei tulburări anterioare de pe axele I sau II;
D. simptomele nu reprezintă reacție de doliu;
E. o dată ce acțiunea stresorilor s-a încheiat, simptomele persistă cel mult 6 luni.

8.5. Diagnostic diferențial

Tulburările de adaptare reprezintă o categorie reziduală, care cuprinde răspunsuri de intensitate clinică la intervenția unui stresor identificabil, care nu satisfac criteriile pentru o altă tulburare de pe axa I.

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Stresul posttraumatic şi stresul acut posttraumatic	Intervenția unor stresori extremi şi a unei constelații simptomatologice specifice (PTSD, stres acut) versus intervenția unor stresori de orice intensitate, implicând o varietate mate de simptome.
Reacția de doliu	Reacție normală la pierderea unei persoane apropiate (reacția de doliu) versus reacție disproporționată sau mult prelungită la pierderea unei persoane apropiate (tulburare de adaptare).
Tulburări nespecificate (anxietate, depresie etc.)	Reacții atipice sau de intensitate redusă la intervenția unui stresor identificabil (tulburări de adaptare) versus reacții atipice sau de intensitare redusă (alte tulburări nespecificate).
Factori psihologici care exacerbează o condiție medicală generală	Diferiți factori psihologici exacerbează o condiție medicală generală, complică tratamentul acesteia sau cresc riscul apariției bolii (factori psihologici care exacerbează o condiție medicală generală) versus apariția simptomelor psihologice ca răspuns la stresul implicat de diagnosticarea unei condiții medicale generale (tulburări de adaptare).
Reacții nonpatologice la stres	Nu duc la distres excesiv şi nu cauzează disfuncții majore de ordin social sau ocupațional.

8.6. Tratamentul

Tehnici cognitiv-comportamentale de control al stresului şi consecințelor acestuia.

9. TULBURĂRILE FACTICE

9.1. Prezentare generală

- Tulburările factice se referă la acele simptome somatice sau psihologice produse sau inventate intenționat, cu scopul de a-ți asuma rolul de bolnav;
- Producerea artificială a simptomatologiei constituie un act compulsiv; simptomele sunt produse conştient şi intenționat, dar scapă controlului voluntar;
- Diferența dintre tulburările factice şi simulare constă în scopul urmărit de persoană (un beneficiu extern identificabil în cazul simulării, în timp ce motivația persoanelor cu tulburări factice este nevoia psihologică de a-şi asuma rolul de bolnav, în absența determinanților externi ai acestui comportament);
- În anumite condiții (ex., lagăre de război) simularea constituie comportament adaptativ, în timp ce diagnosticul de "tulburări factice" presupune întotdeauna o psihopatologie.

Există mai multe subtipuri, în funcție de simptomatologie:

(1) *Tulburări factice cu simptome şi semne predominant somatice*

- tabloul clinic este dominat de semne şi simptome ce sugerează prezența unei boli somatice;
- simptomele pot fi produse (ex., autoinfectare) sau inventate;
- întreaga viață a individului este dedicată încercării de a se interna într-un spital (Sindromul Munchausen):
    - tabloul clinic cuprinde: durere severă, grețuri, vărsături, amețeală, febră de origine nedeterminată, leşin, abcese şi iritații, sângerări datorate ingestiei de substanțe anticoagulante;
    - toate organele corpului constituie ținte posibile în generarea simptomatologiei, în funcție de cunoştințele medicale şi imaginația pacientului.
- pacienții îşi prezintă istoricul bolii într-o manieră coerentă, cu implicare afectivă, dar când li se cer detalii devin foarte vagi. Pe secțiile pe care sunt internați creează haos, solicitând atenție din partea personalului medical, în prezența căruia simptomatologia se amplifică. După comunicarea faptului că nu au nici o boală, vor apela la alți medici pentru asistență;
- ca şi elemente asociate, prezintă probleme legate de consumul de substanțe;
- prezintă frecvent complicații date de intervențiile chirurgicale repetate şi de efectele secundare ale medicației prescrise.

(2) Tulburări factice cu simptome şi semne predominant psihologice

- tabloul clinic cuprinde în special semne şi simptome care sugerează prezența unei tulburări psihice;
- ca şi indici ai tulburării sunt: patternul simptomatologic variat şi atipic, ce nu corespunde sindroamelor cunoscute, cursul bolii şi răspunsul la tratament extrem de neobişnuite, o exacerbare a simptomatologiei în prezența personalului medical şi susceptibilitate crescută la sugestiile medicului (pacientul încorporează uşor datele oferite de acesta);
- tabloul clinic prezentat se potriveşte mai mult concepției pe care pacientul o are despre boală şi nu simptomatologiei specifice;

- acuzele cele mai frecvente sunt: depresie şi ideaţie suicidară ulterior decesului partenerului de viaţă (decesul acestuia nefiind confirmat de alte surse), amnezii, halucinaţii, delir, simptome disociative;
- ca şi elemente asociate prezintă tulburări asociate consumului de substanţe şi tulburări de personalitate.

(3) Tulburări factice cu simptomatologie mixtă, somatică şi psihologică
- tabloul clinic cuprinde semne şi simptome somatice şi psihologice, produse intenţionat.

9.2. Epidemiologie
- prevalanţa în populaţia generală este relativ mică; cu toate acestea, este posibil ca multe cazuri să rămâne nediagnosticate;
- prevalenţa tulburării (cu şi fără tulburări medicale asociate) în cazul pacienţilor internaţi pe diferite secţii este de 9% ; aproximativ 3% dintre pacienţii care se prezintă cu febră în diferite clinici şi spitale suferă de această tulburare;
- se pare că tulburarea apare mai frecvent la bărbaţi decât la femei.

9.3. Etiologie

Nu se cunosc clar mecanismele etiopatogenetice implicate. Ca şi factori de risc amintim: internări repetate pe perioada copilăriei datorită unor boli reale, abuzul sexual din partea personalului medical, resentimentele faţă de profesia medicală datorită unor tratamente inadecvate. Adesea persoanele afectate au profesiuni paramedicale de nivel mediu.

- Perspectiva psihanalitică

- mecanismul cauzal are la bază relaţiile deficitare din copilărie; consecinţa este exprimarea compulsivă a nevoii de atenţie (conflictul din copilărie). Sentimentele avute faţă de persoanele semnificative sunt transferate asupra personalului medical datorită similitudinilor (persoane care oferă ajutor şi susţinere şi deţin monopolul cunoştinţelor în acea situaţie).

- Perspectiva cognitiv-comportamentală

Mecanismul central este învăţarea operantă şi generalizarea stimulului; pacienţii învaţă acest comportament deoarece beneficiile sunt mai mari în comparaţie cu costurile. Treptat, apare generalizarea - acelaşi comportament este manifestat faţă de stimuli diferiţi.

9.4. Diagnostic DSM IV

Tipul tulburării	Criterii diagnostice
Tulburările factice	F. Producerea sau inventarea intenţionată a unor simptome somatice sau psihologice; G. Motivaţia comportamentului este asumarea rolului de bolnav; H. Nu există beneficii externe pentru comportament (câştiguri economice, evitarea responsabilităţii legale, etc.).

9.5. Diagnostic diferențial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Tulburări somatice sau mentale (tulburări psihotice, cognitive, reactive de scurtă durată) reale	- posibilitatea ca o tulburare somatică sau mentală să fie, de fapt, tulburare factică există dacă se constată prezența unora dintre următoarele aspecte: - tabloul clinic prezent este atipic, neconform cu simptomatologia afecțiunii respective; - simptomele sau comportamentele se manifestă doar când pacientul este observat de ceilalți; - apare noncomplianță la tratament şi conduită agresivă în salon; - pacientul posedă cunoştințe extensive despre terminologia medicală şi rutinele spitaliceşti; - utilizarea fără rețetă a diferitelor substanțe şi medicamente; - prezența urmelor unor intervenții medicale repetate; - puțini vizitatori pe perioada spitalizării; - cursul afecțiunii este fluctuant, cu apariția rapidă a unor complicații dacă examinările inițiale nu indică prezența unei boli.
Tulburări somatoforme	- existența unor acuze somatice care nu pot fi atribuite în totalitate unei condiții medicale generale produse intenționat (tulburare factică) versus produse neintenționat (tulburări somatoforme).
Simulare	- motivația din spatele producerii simptomelor este un beneficiu extern, simptomele fiind suspendate când nu mai sunt utile persoanei (simulare) versus producerea simptomelor din nevoia de a-şi asuma rolul de bolnav, acesta fiind un act compulsiv, incontrolabil (tulburări factice).

9.6. Evoluția şi prognosticul bolii

- Deşi uneori tulburarea se poate limita la unul sau mai multe episoade scurte, cursul este de regulă cronic;
- Debutul afecțiunii se situează în prim parte a vieții adulte, survenind deseori ulterior unei internări pentru o problemă somatică sau mentală;
- Formele cronice se caracterizează prin internări repetate pe tot parcursul vieții.

9.7 Tratamentul

- Nu există încă tehnici eficiente de intervenție psihoterapeutică; asistența psihologică vizează mai ales personalul medical şi grupul primar al bolnavului care sunt incluşi în programe educaționale cu referire la boală pentru o relaționare mai eficientă cu bolnavul;
- Personalul medical este educat să adopte o atitudine neutră față de aceşti pacienți;

- Un impact pozitiv au relația terapeutică (caracterizată prin empatie, acceptare necondiționată, congruență) şi conceptualizarea oferită (se evită acuzele de simulare).

10. TULBURĂRI DISOCIATIVE

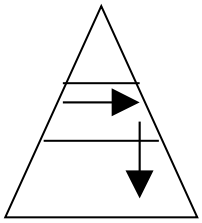
10.1. Prezentare generală

Trăsătura centrală constă în destructurarea funcțiilor integrate: conştiință, memorie, identitate, percepția mediului înconjurător. Destructurarea poate surveni brusc sau insidios şi poate fi temporară sau cronică.

Disociere versus represie

Represia – se referă la procesul de blocare a unor conținuturi informaționale, care nu intră în câmpul conştiinței şi sunt legate prin cathesis de o pulsiune sexuală sau agresivă.

Disocierea - este un mecanism coping ce constă în fragmentarea cunoştințelor referitoare la sine şi modificări în modul de autopercepere; anumite conținuturi informaționale sunt separate şi menținute la o parte de celelalte; scoaterea unui conținut informațional din conştiință survine când acesta este legat de un conținut afectiv negativ.



În timp ce represia face o separare pe verticală, disocierea duce la o separare pe orizontală (vezi figura nr.1).

Figura nr.1

Din această categorie fac parte cinci tulburări:

1. Amnezia disociativă – are ca şi caracteristică principală incapacitatea de a-şi aminti informație cu relevanță personală, de regulă de natură traumatică sau stresantă şi care nu se datorează unei tulburări organice sau uitării naturale; există câteva tipuri de amnezii disociative:
   - amnezie localizată – incapacitatea de a-şi aminti conținuturi informaționale bine circumscrise în timp, de obicei în primele ore după un eveniment extrem de traumatic;
   - amnezie selectivă – incapacitatea de a-şi aminti fragmente de informație dintr-o perioadă circumscrisă în timp; survine după evenimente traumatice sau stresante;
   - amnezie generalizată – lipsa amintirilor se referă la întreaga viață a individului (apare mai rar);
   - amnezie continuă – incapacitate de a-şi aminti informația / evenimentele de la momentul unei traume până în prezent;
   - amnezie sistematizată – se referă la pierderea memoriei pentru anumite categorii de informație (ex., informația legată de o persoană anume).
2. Fuga disociativă - se manifestă prin deplasarea de la domiciliu sau locul de muncă, cu asumarea unei noi identități şi confuzie vis a vis de identitatea anterioară;
3. Tulburare de identitate disociativă (anterior cunoscută sub denumirea de MPD) – se caracterizează prin prezența uneia sau mai multor identități diferite sau personalități (patternuri de răspunsuri stabile ce apar în contexte diferite) ce controlează

comportamentul individului, dublată de incapacitatea de a-şi aminti informaţie cu relevanţă personală; uneori personalităţile sunt total distincte, domină comportamentul şi sunt amnezice faţă de prezenţa celorlalte, alteori o personalitate domină dar conştientizează prezenţa celorlalte şi comunică cu acestea. Trecerea de la o personalitate la alta este însoţită de amnezie (accepţiunea clasică) şi survine brusc, într-un interval de secunde. Personalităţile pot fi extrem de diferite, deosebindu-se prin caracteristicile psihologice, patternul cerebral, răspuns la testele de personalitate şi inteligenţă şi chiar aspecte neurofiziologice.

4. Tulburare de depersonalizare – are ca şi trăsătură de bază sentimentul detaşării de propriul corp sau minte, cu păstrarea contactului cu realitatea; apare sentimentul observării din exterior a propriei persoane şi procese mentale.
5. Tulburare disociativă nespecificată – este o categorie ce include tulburări caracterizate prin simptome disociative, care nu satisfac criteriile necesare pentru diagnosticarea uneia dintre tulburările anterioare; este o categorie utilizată pentru a cuprinde: elemente legate de derealizare, în lipsa depersonalizării, stările comatoase neasociate cu o condiţie medicală generală, stările disociative care apar la subiecţii supuşi unor proceduri de persuasiune, sindromul Ganser (are ca şi caracteristică răspunsul alături) atunci când nu apare asocierea cu fuga sau amnezia disociativă, transa disociativă (specifică diferitelor culturi şi religii).

! nu se consideră patologice manifestările care apar în cadrul practicilor religioase sau a unor activităţi culturale, care fac parte din obiceiurile anumitor comunităţi, cu excepţia situaţiilor ce implică distres şi dizabilitate.

Aspecte legate de evaluare:

- aproape în toate cazurile, trecerea de la o personalitate la alta se face pe fondul unui eveniment stresant;
- Scala Experienţelor Disociative evaluează gradul de disociere;
- aplicând această scală s-a constat că, dintre pacienţii diagnosticaţi cu tulburare de identitate disociativă:

90%	- declară că există o altă persoană în interiorul lor
87%	- declară că aud voci care le vorbesc
82%	- declară că aud voci care vin din interiorul lor
81%	- simt că o altă persoană îi controlează
81%	- au amnezie pentru evenimente petrecute în copilărie
73%	- când vorbesc despre propria persoană mai spun şi “noi”
70%	- declară că există o altă persoană în interiorul lor care poartă un alt nume
62%	- nu-şi amintesc de lucruri pe care cei din jur spun că le-au făcut
56%	- trăiesc sentimente de derealizare
44%	- nu recunosc persoane care se comportă familiar cu ei
42%	- observă că dispar anumite obiecte din jurul lor
31%	- observă că apar, nejustificat, diferite obiecte în jurul lor
27%	- în diferite momente, au scrisuri diferite

10.2. Factori predispozanți

- Situații extrem de stresante, evenimente traumatice, abuzuri fizice şi sexuale, consumul de alcool.

10.3. Epidemiologie / IV. Evoluție şi prognostic / V. Etiologie / VI. Diagnostic DSM IV / VII. Diagnostic diferențial

10.3.1. AMNEZIA DISOCIATIVĂ

Epidemiologie
- dintre toate tulburările disociative are prevalența cea mai mare; - apare mai frecvent la femei decât la bărbați; - apare mai frecvent în perioadele de criză şi probleme sociale (războaie, dezastre naturale).

Evoluție şi prognostic
- instalarea şi terminarea pot fi bruşte sau gradate; - recuperarea este completă şi recurența rară; - de regulă, se înregistrează mai multe episoade de amnezie disociativă la acelaşi individ.

Mecanisme etiologice
Sunt de ordin psihologic, persoana încearcă să scoată din conştiință informații puternic încărcate afectiv negativ.

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Amnezia disociativă	A. apariția unui sau mai multor episoade în care persoana nu-şi poate aminti informație cu relevanță personală, de regulă de natură stresantă sau traumatică, şi care nu se datorează uitării naturale; B. tulburarea nu se datorează unei afecțiuni neurologice sau consumului de substanțe; C. simtomele cauzează distres şi /sau dizabilitate.

Diagnostic diferențial

Amnezia disociativă	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Delirium şi demență	- În delirium şi demență, tulburările de memorie apar într-un context mai larg de deficite cognitive, de limbaj, afective, atenționale, perceptuale şi comportamentale.
Crizele epileptice	- În crizele epileptice, tulburarea de memorie are un debut brusc şi este însoțită de simptome motorii şi traseu EEG

	atipic.
Tulburare amnezică datorată consumului de substanțe, leziunilor cerebrale sau unei condiții medicale generale	- elementul de diferențiere constă în legătura etiologică directă dintre simptomele de amnezie şi consumul de substanțe sau problemele de ordin somatic; - amnezia este, în principal, anterogradă, cu păstrarea capacității de a achiziționa informații noi (tulburare amnezică) versus amnezie, în principal, retrogradă (leziuni cerebrale) şi tulburări de achiziție a informației noi (intoxicație cu substanțe).
Fuga disociativă sau tulburarea de identitate disociativă	- dacă amnezia disociativă apare exclusiv în cursul acestor tulburări, nu se mai pune un diagnostic adițional de tulburare amnezică.
Tulburarea de depersonalizare	- dacă simptomele de depersonalizarea apar exclusiv pe perioada amneziei disociative nu se mai pune diagnosticul de tulburare de depersonalizare.
Stresul acut posttraumatic, tulburării de somatizare sau PTSD	- dacă simptomele de amnezie apar exclusiv în cursul PTSD, tulburării de somatizare sau stresului acut traumatic, nu se mai pune diagnosticul de tulburare amnezică.
Simulare	- de regulă, persoanele cu amnezie disociativă au scoruri mari la testele de hipnotizabilitate şi capacitate disociativă; indivizii simulanți prezintă o simptomatologie floridă şi urmăresc un beneficiu extern.
Declinul cognitiv datorat vârstei Înaintate sau forme nonpatologice de amnezie	- elementul principal de diferențiere constă în nivelul distresului şi dizabilității implicate; - există şi forme nonpatologice de amnezie infantilă, posthipnotică, pentru evenimentele din vis sau uitare naturală.

10.3.2. FUGA DISOCIATIVĂ

Epidemiologie

- în populația generală, prevalența este de 0,2 %, cu tendința de creştere pe perioada crizelor sau a evenimentelor limită (războaie, catastrofe naturale).

Evoluție şi prognostic

- recuperarea este rapidă şi recurența rară
- durează de la zile la săptămâni sau luni
- debutul simptomatologiei se leagă, de regulă, de prezența unor evenimente traumatice sau stresante;
- pe perioada fugii, persoanele duc o existență "gri", fără a atrage atenția celor din jur.

Mecanisme etiologice

- se referă la motivația de a scăpa de evenimente dureroase din punct de vedere emoțional.

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Fuga disociativă	A. deplasarea de la domiciliu sau locul de muncă, asociată cu incapacitatea de a-şi aminti trecutul; B. asumarea unei noi identităţi (parţial sau total) şi confuzie vis a vis de identitatea adevărată; C. tulburarea nu se datorează consumului de substanţe sau unei afecţiuni medicale generale (ex., epilepsie de lob temporal); D. simptomele cauzează distres şi / sau dizabilitate.

Diagnostic diferenţial

Fuga disociativă	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferenţial	**Indici de diferenţiere**
Crize de epilepsie	- deplasare de acasă cu pierderi de memorie (fugă disociativă) versus deplasare sau comportamente lipsite de scop însoţite de tulburări motorii, stereotipii, tulburări perceptive, traseu EEG atipic (fuga epileptică).
Episoade maniacale	- deplasare de acasă cu scop bine definit, manifestări de grandoare ce atrag atenţia celor din jur, fără asumarea unei noi identităţi (episoade maniacale) versus deplasare de acasă aparent lipsită de scop, cu asumarea unei noi identităţi (fuga disociativă).
Schizofrenie	- în fuga disociativă nu apar simptome negative sau delir; - în schizofrenie, dificultăţile de redare a evenimentelor de pe parcursul deplasării se pot datora nu amneziei ci vorbirii dezorganizate.
Simulare	- de regulă, persoanele cu fugă disociativă au scoruri mari la testele de hipnotizabilitate şi capacitate disociativă; indivizii simulanţi prezintă simptome disociative chiar în timpul interviurilor sub hipnoză şi urmăresc un beneficiu extern.
Amnezia psihogenă	- în acest caz, persoana nu-şi asumă o nouă identitate.

10.3.3. TULBURAREA DE IDENTITATE DISOCIATIVĂ

Epidemiologie

- în populaţia internată pe secţiile de psihiatrie prevalenţa este de 0,5%-2%;
- în populaţia cu diagnostic psihiatric, prevalenţa este de 3%-5%;
- tulburarea apare mai frecvent la femei (90% dintre persoanele diagnosticate sunt femei); femeile au, în medie, 15 personalităţi în comparaţie cu bărbaţii care au aproximativ 8;
- se manifestă începând cu adolescenţa şi prima parte a vieţii adulte;
- tulburarea apare mai frecvent la rudele de gradul I a pacienţilor care prezintă această afecţiune, decât în populaţia generală.

Evoluție și prognostic
- cursul afecțiunii este cronic și recurent, cu fluctuații frecvente; - perioada de timp de la apariția primelor simptome și diagnosticarea afecțiunii este de 6-7 ani; - tulburarea este mai puțin manifestă după vârsta de 40 de ani, dar pot apare recurențe în perioadele stresante, traumatice sau caracterizate prin abuz de substanțe.

Mecanisme etiologice
Ca și factori etiologici se pot aminti: evenimentele traumatice survenite mai ales în copilărie, lipsa unui suport adecvat din partea celorlalți, învățarea vicariantă.

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Tulburare de identitate disociativă	A. prezența a două sau mai multe personalități (fiecare cu patternul său stabil de percepție, modalitate de relaționare, raportare la mediul înconjurător și la sine); B. cel puțin două din aceste personalități preiau recurent controlul asupra comportamentului individului; C. incapacitate de a-și aminti informație cu relevanță personală, prea vastă pentru a putea fi explicată prin uitare naturală; D. tulburarea nu se datorează consumului de substanțe sau unei condiții medicale generale.

Diagnostic diferențial

Tulburare de identitate disociativă	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Abuzul de substanțe și simptome disociative datorate unei afecțiuni somatice	- diferențierea se face, în principal, în funcție de asocierea etiologică dintre simptomele specifice și consumul de substanțe, respectiv prezența unei afecțiuni somatice.
Simptome disociative datorare episoadelor de criză (epileptice)	- aceste două tulburări pot apărea în comorbiditate; episoadele epileptice sunt scurte (30 sec.- 5min.) și nu implică structurile de identitate și comportament stabile specifice tulburării de identitate disociativă.
Amnezie disociativă, fugă disociativă, tulburare de depersonalitare, tulburare disociativă nespecificată	- tulburarea de identitate disociativă implică simptome specifice acestor afecțiuni (ex., deplasare de la domiciliu, depersonalizare, amnezie, transă de posesiune) și constituie diagnostic primar în raport cu acestea.
Schizofrenia și alte tulburări psihotice	- halucinații auditive, delir (tulburări psihotice) versus comunicare între personalități diferite (tulburare de identitate disociativă)
Tulburare bipolară cu elemente psihotice	- fluctuații de dispoziție ciclice, cu schimbări bruște între stări (tulburare bipolară) versus schimbarea personalităților (tulburare de identitate disociativă)

Simulare şi tulburări factice	- diferențierea se face în funcție de obiectivul urmărit – beneficiu extern (simulare) şi asumarea rolului de bolnav (tulburări factice).

10.3.4. TULBURAREA DE DEPERSONALIZARE

Epidemiologie
- nu se cunoaşte prevalența acestei tulburări în populația generală şi clinică; - aproximativ 1/3 dintre persoanele care au trecut prin evenimente ce le-au pus în pericol viața şi 40% din pacienții cu tulburări mentale spitalizați trăiesc experiențe de depersonalizare tranzitorii; - anumite elemente de depersonalizare apar la peste 70% din populație (fără a se ajunge la simptome de nivel clinic).

Evoluție şi prognostic
- durata episoadelor de depersonalizare poate dura de la secunde la ani (în astfel de situații, apar tulburări asociate ca anxietatea, panica şi depresia); - evoluția poate fi cronică, marcată de remisiuni şi exacerbări; - debutează, de regulă, în adolescență (mai rar după 40 de ani); - când apare în legătură cu situații ce pun în pericol viața individului, simptomatologia se instalează imediat după expunerea la evenimentul traumatic; - instalarea este rapidă, cu dispariție graduală.

Tipul tulburării	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Tulburare de depersonalizare	A. episoade în care apare sentimentul detaşării de propria persoană, ca şi cum subiectul ar fi un observator extern al corpului său şi proceselor sale mentale; B. pe perioada experienței de depersonalizare se menține contactul cu realitatea externă; C. depersonalizarea produce distres de intensitate clinică sau /şi dizabilitate; D. depersonalizarea nu se datorează consumului de substanțe sau unei condiții medicale generale (ex., epilepsie de lob temporal).

Diagnostic diferențial

Tulburare de depersonalizare	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Abuzul de substanțe şi simptome de depersonalizare datorate unei condiții	- diferențierea se face în baza asocierii etiologice dintre simptomele de depersonalizare şi consumul de substanțe, respectiv prezența unei afecțiuni somatice; uneori, consumul de substanțe poate intensifica manifestările

medicale generale	disociative prezente anterior; în acest caz, se ia în considerare istoricul longitudinal al simptomelor de depersonalizare şi abuzului de substanţe.
Atacul de panică, fobia socială, fobiile specifice, stresul acut şi PTSD	- când simptomele de depersonalizare survin exclusiv pe perioada manifestării uneia dintre aceste tulburări, nu se mai pune un diagnostic suplimentar de tulburare de depersonalizare.
Schizofrenia	- contactul cu realitatea se menţine nealterat (tulburare de depersonalizare) versus contactul cu realitatea este afectat (schizofrenie).
Depresia	- prezenţa aplatizării afective (depresie) versus aplatizare afectivă – care apare şi când persoana nu este deprimată - asociată cu detaşare de propria persoană (tulburare de depersonalizare).

10.4. Tratamentul

- Este în primul rând psihoterapeutic, cu utilizarea medicaţiei ca şi element adjuvant.

Se folosesc:

- tehnici dinamic-psihanalitice vizând integrarea aspectelor conştiente şi a celor inconştiente;
- hipnoterapia – considerat tratament de elecţie – vizează utilizarea sugestiilor pentru reducerea disocieri.

11.TULBURĂRI DE PERSONALITATE

11.1. Prezentare generală

Tulburarea de personalitate se defineşte ca pattern stabil de trăiri afective şi comportamente, ce deviază semnificativ de la standardul culturii de apartenenţă a respectivului individ, este generalizat şi inflexibil, are debutul în adolescenţă sau prima parte a vieţii adulte, este stabil în timp şi generează distres sau dizabilitate.

- Tulburările de personalitate sunt abordate sub aspectul modelului trăsăturilor, văzute ca fiind relativ stabile transsituaţional;
- Tulburările de personalitate apar atunci când trăsăturile de personalitate devin foarte inflexibile, dezadaptative şi generează dizabilitate şi distres;
- Aceste tulburări pot fi egodistonice (persoana trăieşte o stare de distres) sau egosintonice (nu apare distresul legat de boală); de reţinut că, în primul caz trăirea afectivă negativă apare legat de prezenţa bolii şi reacţiile celorlalţi la aceasta, în timp ce în cel de-al doilea caz, individul nu acceptă că are o tulburare de personalitate, dar poate trăi stări de distres datorită faptului că cei din jur nu-l acceptă aşa cum este;

Tulburările de personalitate sunt grupate pe baza similitudinilor descriptive:

Grupa A – include tulburările de personalitate de tip paranoid, schizoid şi schizotipal. Trăsătura comună a acestora este excentricitatea.

Grupa B – include tulburările de personalitate de tip antisocial, borderline, histrionic şi narcisist. Trăsăturile comune ale acestora sunt teatralitatea, emotivitatea, extravaganţa.

Grupa C – include tulburările de personalitate de tip evitant, dependent, obsesiv-compulsiv. Trăsăturile comune ale acestora sunt anxietatea, teama.

Tulburările de personalitate nespecificate anterior – reprezintă o categorie utilizată în două situații:

(a) simptomele indică o tulburare de personalitate, cu trăsături aparținând mai multor tulburări din această grupă diagnostică, însă nu sunt îndeplinite criteriile pentru a diagnostica o anumită tulburare de personalitate;
(b) simptomele indică o tulburare de personalitate, dar trăsăturile sugerează o tulburare neinclusă în categorizarea DSM IV (ex., personalitate pasiv-agresivă).

11.2. Epidemiologie / III. Diagnostic DSM IV

11.2.1. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP PARANOID

Epidemiologie
- În populația generală, prevalența este de 0,5% -2,5%; - În populația clinică (pacienți internați pe secții de psihiatrie), prevalența este de 10% - 30%; - Se constată o prevalență crescută în cazul rudelor persoanelor cu schizofrenie cronică şi tulburare delirantă de tip persecutor.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Neîncrederea şi suspiciunea față de ceilalți şi motivele lor; debutează la începutul perioadei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	A – neîncredere şi suspiciune față de ceilalți şi motivele lor se manifestă în patru sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) suspiciuni neîntemeiate că ceilalți îl exploatează, răneşte sau înşeală; (b) neîncredere în loialitatea prietenilor şi asociaților; (c) ezită să se destăinuie celorlalți de teama (nejustificată) ca aceştia să nu utilizeze informațiile împotriva lui; (d) consideră că în spatele unor remarci sau evenimente neutre se ascunde amenințări la adresa sa; (e) ranchiunos; nu uită insultele, injuriile; (f) simte, fără motiv întemeiat, că îi este puse la îndoială reputația şi caracterul şi reacționează agresiv; (g) are mereu suspiciuni neîntemeiate legate de fidelitatea partenerului de viață.

11.2.2. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP SCHIZOID

Epidemiologie

- Apare foarte rar în populația clinică spitalizată;
- Apare mai frecvent la rudele pacienților cu schizofrenie sau tulburare de personalitate de tip schizotipal.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Detaşarea de relațiile sociale şi expresivitate emoțională redusă în situații interpersonale; debutează la începutul perioadei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	A- detaşarea şi expresivitate emoțională redusă se manifestă în patru sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) nu-şi doreşte şi nici nu agreează relațiile apropiate, inclusiv cele de familie; (b) aproape întotdeauna preferă activități solitare; (c) nu este interesat de relațiile sexuale cu o altă persoană; (d) nu prea are activități preferate; (e) nu are prieteni apropiați în afara rudelor de gradul I; (f) pare indiferent la laudele şi criticele celorlalți; (g) este detaşat, rece, lipsit de emoții.

11.2.3. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP SCHIZOTIPAL

Epidemiologie

- În populația generală, prevalența este de aproximativ 3%;
- Apare mai frecvent la rudele de gradul I ale pacienților cu schizofrenie;
- Rudele de gradul I ale pacienților cu tulburare de personalitate de tip schizotipal sunt mai predispuse la schizofrenie şi alte tulburări psihotice.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Deficite sociale şi interpersonale, disconfort şi capacitate redusă de a stabili relații apropiate, distorsiuni cognitive şi perceptuale, excentricități comportamentale; debutează la începutul perioadei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	Deficitele şi particularitățile cognitive, perceptuale şi de comportament se manifestă în cinci sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) idei de referință (diferite evenimente au un sens special pentru el); (b) credințe ciudate şi gândire magică (depăşind normele culturii de apartenență); (c) experiențe perceptive neobişnuite, iluzii corporale; (d) gândire şi vorbire ciudate; (e) idei paranoide, suspiciune; (f) afectivitate limitată, inadecvată; (g) comportament şi prezentare ciudată, excentrică, particulară; (h) lipsa prietenilor în afara rudelor apropiate; (i) anxietate socială excesivă, ce nu scade o dată cu familiarizarea, asociată mai degrabă cu temeri paranoide decât autoevaluări negative.

11.2.4. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP ANTISOCIAL

Epidemiologie
- În populația generală, prevalența este de 3% pentru bărbați şi 1 % pentru femei; - În populația clinică spitalizată, prevalența variază între 3%-30%, în funcție de caracteristicile populației, atingând chiar valori mai mari în grupurile tratate pentru abuz de substanțe sau grupurile de infractori.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Desconsiderarea şi încălcarea drepturilor celorlalți; debutează în adolescență (15 ani) şi se manifestă într-o varietate de contexte.	Desconsiderarea şi încălcarea drepturilor celorlalți se manifestă în trei sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) neconformarea la norme sociale, dezinteresul pentru respectarea legilor (b) tendința de a-I înşela, minți şi păcăli pe ceilalți pentru profit personal sau plăcere (c) impulsivitate sau incapacitate de planificare (d) iritabilitate şi agresivitate, indicate de agresiuni şi confruntări fizice frecvente (e) nepăsare şi indiferență pentru siguranța proprie şi a celor din jur (f) iresponsabilitate manifestată prin eşecul implicării în muncă şi onorarea obligațiilor financiare (g) lipsa remuşcării față de rănirea, bruscarea sau deposedarea celuilalt manifestată prin indiferență sau raționalizări

11.2.5. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP BORDERLINE

Epidemiologie
- În populația generală, prevalența este de 2% (de două ori mai frecventă la femei); - În populația clinică spitalizată, ratele de prevalență merg până la 20%; - În cazul populației clinice cu tulburări de personalitate, prevalența este de 30%-60%; - Tulburarea de personalitate de tip borderline este de 5 ori mai frecventă la rudele pacienților ce au această afecțiune; - Personalitatea borderline este un teren propice pentru apariția schizofreniei; - Există şi un risc familial mărit pentru tulburarea de personalitate de tip antisocial, tulburări afective şi tulburări legate de abuzul de substanțe.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Instabilitate în relațiile interpersonale,	Instabilitatea şi impulsivitatea se manifestă în cinci sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar;

imagine de sine, afectivitate şi impulsivitate accentuată; debutează la începutul vârstei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	(b) relaţii interpersonale instabile şi intense, alternând între idealizare şi depreciere; (c) tulburări de identitate; imagine de sine şi sentiment de sine instabile; (d) impulsivitate în cel puţin două domenii cu potenţial autodistructiv (ex., comportament sexual, consum de substanţe, alimentare compulsivă etc.); (e) comportament suicidal recurent, gesturi, ameninţări, automutilare; (f) instabilitate afectivă datorată unei reactivităţi accentuate (schimbări frecvente în dispoziţie); (g) sentiment cronic de "gol sufletesc"; (h) izbucniri de furie intense şi inadecvate sau dificultăţi de a-şi controla furia; (i) ideaţie paranoidă tranzitorie, asociată cu stresul sau simptome disociative severe

11.2.6. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP HISTRIONIC

Epidemiologie
- În populaţia generală, prevalenţa este de 2%-3%; - În populaţia clinică spitalizată, prevalenţa este de 10%-15%.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Afectivitate excesivă şi comportamente de atragere a atenţiei celorlalţi; debutează la începutul vârstei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	Afectivitatea excesivă şi nevoia de atenţie se manifestă în cinci sau mai multe dintre următoarele modalităţi: (a) se simte inconfortabil în situaţii în care nu e centrul atenţiei; (b) interacţiunea cu ceilalţi este caracterizată prin comportament inadecvat, provocator, cu accentuate tente sexuale; (c) expresivitatea emoţională este superficială şi fluctuează rapid; (d) utilizează frecvent imaginea fizică pentru a atrage atenţia celorlalţi; (e) vorbirea are tente dramatice şi este săracă în detalii; (f) manifestări de teatralitate şi expresivitate emoţională exagerată ; (g) sugestibilitate accentuată; (h) percepe relaţiile ca fiind mai intime decât sunt în realitate.

11.2.7. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP NARCISIST

Epidemiologie
- În populaţia generală, prevalenţa este de 1%; - În populaţia clinică, prevalenţa este de 2%-16%; - Dintre persoanele diagnosticate cu această tulburare, 50%-75% sunt bărbaţi;

- Se asociază uneori cu tulburarea de personalitate de tip histrionic;
- Prevalența a înregistrat o tendință de creştere în ultimii ani.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Nevoia de a fi admirat şi lipsa de empatie; debutează la începutul vârstei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	Nevoia de a fi admirat şi lipsa empatiei se menifestă în cinci sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) un sentiment exagerat al propriei importanțe; (b) întreține fantezii de succes nelimitat, putere, geniu, frumusețe sau iubire ideală; (c) crede că este unic şi special şi trebuie să interacționeze doar cu alte persoane sau instituții puternice şi deosebite; (d) pretinde admirație excesivă; (e) consideră că i se cuvine totu;l (f) în relațiile interpersonale îi exploatează pe ceilalți pentru a-şi atinge scopurile; (g) lipsit de empatie; nu sesizează şi nu recunoaşte sentimentele şi nevoile celor din jur; (h) este invidios pe ceilalți şi crede că şi ceilalți îl invidiază; (i) adoptă o atitudine şi un comportament arogant şi condescendent.

11.2.8. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP EVITANT

Epidemiologie
- În populația generală, prevalența este de 0,5%-1%; - Apare la 10% dintre pacienții cu tulburări psihice tratați ambulatoriu; - Apare cu aceeaşi frecvență la bărbați şi femei.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Inhibiție socială, sentiment de inadecvare, hipersensibilitate la evaluări negative; debutează la începutul vârstei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	Inhibiția socială, sentimentul de inadecvare şi hipersensibilitatea la evaluări negative se manifestă în patru sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) evită profesiile ce presupun contacte interpersonale frecvente, de teama criticelor, a dezaprobării sau respingerii; (b) nu se implică în relații dacă nu are siguranța că celălalt îl place; (c) este reținut în relațiile intime de teama de a nu fi ridiculizat; (d) îl îngrijorează ideea de a fi criticat sau respins în situațiile sociale; (e) este inhibat în situații interpersonale noi, din cauza sentimentelor de inadecvare; (f) se vede pe sine ca fiind incapabil să se descurce în relații sociale, neatractiv şi inferior celorlalți; (g) este extrem de precaut când trebuie să-şi asume riscuri personale sau să se implice în activități noi de teama de a nu se face de râs.

11.2.9. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP DEPENDENT

Epidemiologie
- În populația generală, prevalența este de 2,5 %; - Apare mai frecvent la femei; - Este una dintre cele mai frecvente tulburări de personalitate întâlnite la populația clinică spitalizată; - Apare frecvent asociată cu tulburarea de personalitate de tip evitant.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Nevoia excesivă de protecție ce duce la comportamente submisive, dependente şi teamă de abandon; debutează la începutul vârstei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	Nevoia de protecție, comportamentul submisiv şi teama de abandon se manifestă în cinci sau mai multe dintre următoarele modalități: (a) întâmpină dificultăți în luarea deciziilor curente în lipsa sfaturilor şi susținerii celorlalți; (b) are nevoie ca ceilalți să-şi asume responsabilitatea pentru aspectele importante ale vieții sale; (c) îi este greu să-şi exprime dezacordul în relație cu ceilalți, de teama pierderii susținerii; (d) îi este greu să inițieze proiecte sau să facă lucruri de unul singur (autoeficiență scăzută); (e) ar face aproape orice pentru a-şi asigura susținerea şi protecția celorlalți, mergând până la a se oferi voluntar să facă lucruri neplăcute; (f) se simte inconfortabil şi neajutorat când este singur de teamă că nu va fi în stare să se descurce; (g) când o relație apropiată se destramă, caută imediat o alta în care să găsească protecție şi susținere; (h) este excesiv de îngrijorat vis a vis de posibilitatea de a fi lăsat să se descurce singur.

11.2.10. TULBURAREA DE PERSONALITATE DE TIP OBSESIV-COMPULSIV

Epidemiologie
- În populația generală, prevalența este de 1%; - În populația clinică, prevalența este de 3%-10%; - Apare de două ori mai frecvent la bărbați; - Este o tulburare diferită de tulburarea obsesiv-compulsivă din cadrul tulburărilor anxioase.

Trăsătura caracteristică	Diagnostic DSM IV - Criterii diagnostice
Preocuparea	Preocuparea legată de ordine, perfecționism, control mental şi

legată de ordine, perfecţionism, control mental şi interpersonal, în dauna flexibilităţii, deschiderii, eficienţei; debutează la începutul vârstei adulte şi se manifestă într-o varietate de contexte.	interpersonal se manifestă în patru sau mai multe dintre următoarele modalităţi: (a) preocupare pentru detalii, reguli, liste, ordine, organizare, încât scopul principal al activităţii se pierde; (b) manifestă un perfecţionism care interferează cu realizarea unei sarcini; (c) este excesiv de dedicat muncii şi productivităţii, până la eliminarea activităţilor de recreaţie şi a relaţiilor de prietenie (d) este rigid şi excesiv de conştiincios în probleme de moralitate, etică sau valori; (e) nu poate arunca obiectele vechi, chiar dacă nu au nici o valoare sentimentală; (f) ezită să delege responsabilităţi sau să lucreze cu alte persoane, dacă acestea nu respectă strict standardelor sale; (g) este zgârcit cu sine şi ceilalţi; banii sunt adunaţi pentru zile negre; (h) este rigid şi încăpăţânat.

11.2.11. TULBURAREA DE PRSONALITATE NESPECIFICATĂ

- Este o categorie utilizată pentru tulburări de personalitate care nu corespund criteriilor tulburărilor prezentate anterior; fie tabloul clinic prezintă trăsături mixte (din diferite tulburări de personalitate), fie corespunde unei tulburări de personalitate neincluse în această clasificare: tulburare de personalitate depresivă sau pasiv-agresivă.
- Pasiv-agresivă – fondul este agresiv (atitudine agresivă faţă de solicitările sociale şi profesionale), dar manifestarea este de rezistenţă pasivă.
- Depresivă – caracterizată prin pesimism, stimă de sine scăzută, nefericire, nemulţumire, deprimare, sentimente de inutilitate, autocritică ridicată, tendinţă de autoculpabilizare şi remuşcări.

11.3. Diagnostic diferenţial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferenţial	Indici de diferenţiere
Tulburările psihotice	- Tulburările de personalitate de tip paranoid, schizoid şi schizotipal au multe trăsături în comun cu scizofrenia, tulburările afective cu trăsături psihotice şi alte tulburări psihotice. - Diagnosticul de tulburare de personalitate se pune doar dacă simptomatologia nu apare exclusiv pe parcursul unei tulburări de pe axa I.
Tulburările de anxietate	- Modificările de personalitate care survin şi persistă după expunerea la un eveniment traumatic justifică un diagnostic de

	stres posttraumatic. - Tendinţele evitative în situaţii sociale apar şi în fobia socială şi în tulburarea de personalitate de tip evitant; diferenţa este dată de momentul debutului, severitatea dizabilităţii, varietatea situaţiilor în care se manifestă.
Tulburările legate de consumul de substanțe	- Nu se pune un diagnostic de tulburare de personalitate doar pe baza comportamentelor care sunt consecința directă a consumului de substanțe, renunțării la consumul de substanțe, activități ce facilitează dependența (ex., comportament antisocial).
Modificările de personalitate datorate unei condiții medicale generale	- Nu se pune un diagnostic de tulburare de personalitate dacă modificările apar ca urmare a prezenței unei condiții medicale generale (ex., o tumoare cerebrală).
Trăsături de personalitate care nu ating nivelul care să justifice un diagnostic de tulburare de personalitate	- Trăsăturile de personalitate conturează o tulburare de personalitate doar dacă sunt inflexibile, dezadaptative, persistențe şi cauzează dificultăți majore în viața persoanei.

11.4. Etiologie

De obicei, în cazul unui singur pacient cu tulburări de personalitate se constată prezența mai multor tipuri de astfel de tulburări.

11.5. Abordări ale tulburărilor de personalitate

A. Abordările biologice

- tulburările de personalitate sunt explicate prin apelul la factorul genetic;
- datele de plecare în cazul acestor teorii provin din studii corelaționale, care indică faptul că prevalența acestor tulburări (mai ales cele din grupul A) este mai mare la rudele de gradul I ale pacienților luați în studiu;
- pe baza studiilor corelaționale s-a arătat că în cazul:
  - grupului A – factorul genetic este foarte important;
  - grupului B –factorul genetic este important;
  - grupului C –factorul genetic este mai puțin influent.

! nu se ştie cu exactitate dacă este vorba doar de substratul genetic, sau şi de un comportament învățat. Au fost incriminați mai mulți factori:

- factorii temperamentali – ex., colericul ar corespunde personalității de tip antisocial, pe când melancolicul celor de tip evitant şi dependent
- hormonii – ex., excesul de testosteron ar sta la baza comportamentului agresiv
- MAO (monoaminoxidă) – excesul de MAO ar fi caracteristic persoanelor retrase (schizotipali, schizoizi), pe când deficitul de MAO ar caracteriza tendința de implicare în relațiile interpersonale (histrionicii)

- Neurotransmițătorii – excesul de endorfine s-ar asocia cu trăsăturile pasive, pe când deficitul de serotonină s-ar asocia cu impulsivitatea şi agresivitatea.

B. Abordările psihologice

1. Teoria psihanalitică

- există o personalitate latentă, de culise şi o personalitate manifestă;
- dinamica personalității manifeste depinde de dinamica celei de culise;
- personalitatea adultului se formează în funcție de lupta internă de a rezolva conflictele şi fixația la diferite stadii de dezvoltare:
  - dacă fixația apare în stadiul I (oral, 0-1 ani), persoanele vor avea ca şi caracteristică agresivitatea verbală sau fizică;
  - dacă fixația apare în stadiul II (anal, 1-3 ani), persoanele vor fi calme, introvertite; corespunde personalității obsesiv-compulsive;
  - dacă fixația apare în stadiul III (falic, 3-5 ani), complexele Oedip şi Electra nerezolvate dau naştere tulburărilor nevrotice.

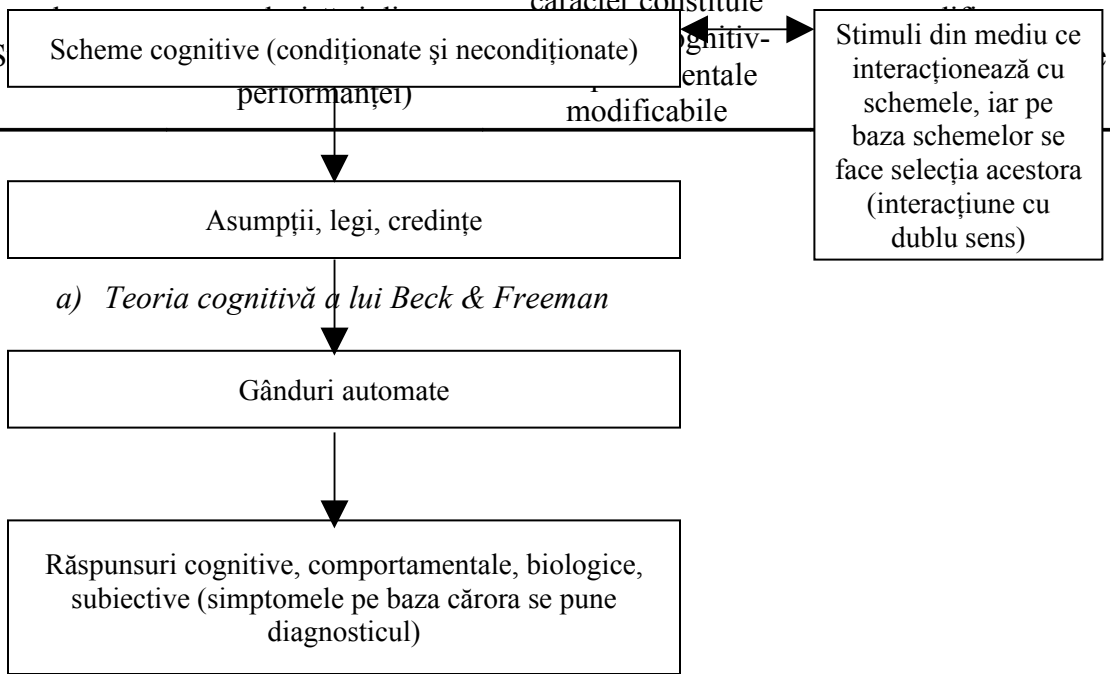
Trăsăturile de personalitate constituie mecanisme defensive prin care copilul se apără: proiecția în cazul personalității paranoide, disocierea în cazul celei borderline.

2. Teoria cognitiv-comportamentală

Conform acestei teorii, trăsăturile de personalitate sunt nume date unor răspunsuri relativ stabile

Aceste răspunsuri sunt:

Răspunsuri	Dimensiuni ale personalității	Teorii şi modele explicative	Abordare psihoterapeutică
Biologice	- vizează mai ales temperamentele	- mai mult teorii biologice	- pacientul este învățat să se adapteze la lume cu problema sa (training în rezolvare de probleme)
Cognitive Comportament S	- vizează mai ales caracterul şi aptitudinile (evaluare performanței)	- mai mult teorii psihologice ale învățării; trăsăturile de caracter constituie ognitiv- entale modificabile	- intervenție şi restructurare cognitivă pentru


Scheme cognitive (condiționate şi necondiționate)
Stimuli din mediu ce interacționează cu schemele, iar pe baza schemelor se face selecția acestora (interacțiune cu dublu sens)
Asumpții, legi, credințe
Gânduri automate
Răspunsuri cognitive, comportamentale, biologice, subiective (simptomele pe baza cărora se pune diagnosticul)

a) Teoria cognitivă a lui Beck & Freeman

- *Schemele cognitive*

- pentru a influența simptomatologia, trebuie modificate gândurile automate, credințele, schemele cognitive;
- schemele cognitive pot fi necondiționate (ex., "Sunt incompetent") şi condiționate (ex., "Dacă nu fac lucrurile perfect, atunci nu merită să le fac deloc");
- modificarea gândurilor automate fără modificarea schemei cognitive face ca, într-un alt context, să fie generate alte gânduri automate.

Tulburarea de personalitate	Strategia utilizată	Scheme utilizate	Strategii subdezvoltate	Strategii compensatorii
Schizoid	Izolarea	"dacă îi las pe ceilalți să devină prea apropiați viața mea va fi insuportabilă", "eu nu sunt ca ceilalți", "am nevoie să fiu lăsat în pace"	Intimitate Reciprocitate	Autonomie Izolare
Schizotipal	Neîncredere Excentricitate	"lucrurile şi lumea nu sunt ce par a fi"	Conformitate Gândire logică	Evitare socială Gândire magică
Paranoid	Interpretare Proiecție	"nu pot avea încredere în ceilalți", "cei amabili mă trișează", "toți îmi vor răul", "nu trebuie să cred în nimeni"	Spontaneitate	Interpretare Proiecție
Antisocial	Atacul	"eu sunt cel mai important", "oamenii există pentru a fi trișați"	Empatie Reciprocitate Asertivitate	Agresivitate Exploatare
Histrionic	Teatralismul	"trebuie să impresionez, să atrag atenția, să fiu considerat important"	Controlul Organizarea Planificarea	Impulsivitate Expresivitate
Borderline	Ambivalența	"sunt incompetent", "sunt	Deprinderi	Consum de

		nerealizat şi neimportant", "toată lumea mă va abandona"	sociale Rezolvare de probleme Comunicare	alcool Relaţii instabile Automutilare
Narcisic	Supraestimarea	"sunt minunat", "sunt cel mai bun", "trebuie să fiu apreciat de ceilalţi"	Separarea Identificarea unui grup de apartenenţă	Supraevaluarea Competitivitatea
Evitant	Evitarea	"mi s-ar putea întâmpla ceva rău", "cei din jur m-ar putea răni"	Asertivitatea	Evitare Inhibiţie Retragere socială
Dependent	Ataşamentul	"nu pot face nimic singur", "nu pot reuşi singur"	Autonomia	Nevoia de susţinere Ataşamentul
Obsesiv-compulsiv	Perfecţionismul	"erorile sunt catastrofale", "trebuie să fac totul perfect"	Spontaneitatea Superficialitatea	Control excesiv Responsabilitate asumată

- *Conceptualizarea*

- schemele existente duc la apariţia unor strategii (comportamente, cunoştinţe) subdezvoltate, dublate de strategii compensatorii (supradezvoltate)

- *Terapia*

- vizează modificarea schemelor cognitive şi intervenţie pentru promovarea strategiilor subdezvoltate şi reducerea strategiilor supradezvoltate.
-

11.6. Evoluţia şi prognosticul bolii

- Trăsăturile unei tulburări de personalitate pot fi recunoscute începând cu adolescenţa sau debutul vieţii adulte.
- Prin definiţie, o tulburare de personalitate reprezintă un pattern de gândire, afectivitate, comportament relativ stabil în timp.
- Unele tulburări de personalitate (mai ales, de tip antisocial şi borderline) tind să se remită o dată cu înaintarea în vârstă; acest lucru este mai puţin valabil pentru altele (ex., de tip obsesiv-compulsiv sau schizotipal).

11.7. Tratamentul

- Tehnici cognitiv-comportamentale de modificare a comportamentelor şi cogniţiilor care susţin manifestări dezadaptative şi relativ stabile, adaptarea la situaţii problematice;
- Tehnici dinamic-psihanalitice pentru eliminarea conflictelor care susţin manifestări dezadaptative;
- Tehnici umanist-experienţiale pentru favorizarea exprimării libere şi a dezvoltării personale.

Modulul III

12. TULBURĂRI PSIHOTICE

12.1. Prezentare generală

- Această categorie include tulburări a căror caracteristică principală este prezența simptomelor psihotice;
- Termenul de "psihotic" a primit, în decursul timpului, mai multe definiții:
  - în sens restrâns – indică prezența delirului şi halucinațiilor nepercepute ca atare;
  - în sens larg – indică prezența halucinațiilor percepute ca atare de către persoană (pacientul îşi dă seama că trăieşte o halucinație);
  - în sens foarte larg – indică prezența şi a altor semne pozitive din schizofrenie (vorbire dezorganizată, comportament catatonic sau dezorganizat), pe lângă delir şi halucinații.
- În această categorie sunt incluse următoarele tulburări:

(1) <u>*Schizofrenia*</u>

- Este o tulburare ce durează cel puțin 6 luni, dintre care cel puțin o lună de manifestare activă a simptomatologiei (ex., delir, halucinații, vorbire dezorganizată, comportament catatonic sau dezorganizat, simptome negative);
- Această tulburare a fost descrisă de Kraepelin sub denumirea de "demență precoce" (având debutul în jurul vârstei de 20 de ani pentru bărbați şi 30 de ani pentru femei); acesta considera că există cauze biologice (la nivelul creierului) pentru cele trei tipuri descrise: schizofrenie catatonică, hebefrenică şi de tip paranoid;
- E. Bleuler este interesat de trăirile psihice din schizofrenie, identificând ca şi simptome de bază: lipsa integrării afective, ambivalența şi autismul; el este cel care va numi această tulburare "schizofrenie", fiind convins de originea organică a afecțiunii căreia îi dăduse un nou nume;
- K Schneider insistă pe alte criterii diagnostice; va propune o împărțire a acestora în:
  - criterii de ordinul I – halucinații (mai ales auditive, care sunt şi suficiente pentru diagnosticarea schizofreniei; acestea apar sub formă de voci care comentează comportamentul persoanei sau discută între ele) şi delir (bizar sau referențial)
  - criterii de ordinul II – vorbire dezorganizată, simptome negative (aplatizare afectivă, alogie, abulie, ahedonie), gândire dezorganizată.
- În DSM IV sunt prezentate cinci tipuri de schizofrenie:
  1. de tip paranoid – este cel mai puțin sever; trăsătura caracteristică constă în prezența delirului şi halucinațiilor, cu păstrarea funcțiilor cognitive şi afective; sunt mai puțin prezente simptome ca: vorbirea dezorganizată, comportamentul catatonic sau dezorganizat, aplatizarea afectivă şi celelalte simptome negative;
  2. de tip dezorganizat – este cel mai sever; se caracterizează prin: vorbire dezorganizată, comportament dezorganizat, aplatizare afectivă şi expresivitate emoțională inadecvată;
  3. de tip catatonic – se caracterizează, în principal, prin tulburări psihomotorii severe: excitare catatonică (agitație motorie lipsită de sens şi fără legătură cu stimulii

externi), negativism catatonic (rezistență la orice instrucție), rigiditate catatonică (membre rigide), stupoare catatonică (lipsa reacției la stimulii din mediu), postură catatonică (adoptarea unor posturi ciudate)mutism, imobilitate, bizarerii ale mişcărilor voluntare, ecolalie, ecopraxie), imobilitatea motrică manifestată prin catalepsie (flexibilitate ceroasă).

4. de tip nediferențiat – este catacterizată prin prezența simptomelor specifice schizofreniei, însă acestea nu satisfac criteriile pentru celelalte tipuri prezentate;
5. de tip rezidual- se utilizează în situații în care a existat cel puțin un episod de schizofrenie, dar tabloul clinic prezent include simptome negative, cele pozitive fiind mult atenuate.

(2) Tulburarea schizoafectivă

- Se caracterizează prin prezența unui episod de tulburare afectivă (depresie sau manie) simultan cu faza activă a schizofreniei, acestea fiind precedate sau succedate de cel puțin două săptămâni de halucinații şi delir, fără tulburări de dispoziție.

(3) Tulburarea schizofreniformă

- Tabloul clinic seamănă cu cel din schizofrenie, însă durata prezenței simptomelor este sub 6 luni, declinul funcțional nefiind atât de accentuat.

(4) Tulburarea delirantă

- Trăsătura principală constă în prezența, timp de cel puțin o lună, a diferitelor forme de delir, în lipsa altor simptome specifice schizofreniei; halucinațiile nu constituie simptom dominant, iar cele olfactive şi gustative care sunt prezente se leagă de conținutul delirului.

(5) Tulburarea psihotică scurtă

- Simptomatologia durează mai mult de o zi şi mai puțin de o lună.

(6) Tulburarea psihotică împărtăşită

- Se caracterizează prin faptul că simptomatologia (conținutul delirului) este preluată de la o persoană care are o tulburare psihotică.

(7) Tulburarea psihotică datorată unei afecțiuni somatice

- Este caracterizată prin faptul că simptomele psihotice sunt determinate de prezența unei afecțiuni somatice.

(8) Tulburarea psihotică datorată consumului de substanțe

- Este caracterizată prin faptul că simptomele psihotice sunt determinate de consumul de substanțe, medicamente sau de expunerea la substanțe toxice.

(9) Tulburarea psihotică neclasificată

- Include simptome psihotice care nu satisfac criteriile tulburărilor prezentat anterior.

12.2. Epidemiologie / III. Evoluția şi prognosticul tulburării / IV. Diagnostic DSM IV/ V Diagnostic diferențial

12.2.1. SCHIZOFRENIA

Epidemiologie

- În populația generală, prevalența este de 1,5%;
- Dintre persoanele cu această tulburare, 2/3 sunt tratați în unități spitaliceşti;
- Riscul îmbolnăvirii este de 10 ori mai mare pentru rudele de gradul I ale pacienților cu schizofrenie;

- Există diferențe de gen; astfel, în cazul femeilor se înregistrează mai frecvent un debut tardiv al bolii, tulburări de dispoziție mai accentuate şi un prognostic mai favorabil.

Evoluția şi prognosticul tulburării

- Debutul bolii este în jurul vârstei de 20 de ani pentru bărbați şi 30 de ani pentru femei;
- Debutul poate fi brusc sau insidios; în majoritatea cazurilor există şi o fază prodromală, manifestată prin apariția treptată a diferitelor semne şi simptome;
- Cursul bolii poate fi cronic sau variabil, cu remisii şi perioade de recurență.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice

A. simptome caracteristice:
- două sau mai multe din următoarele manifestări trebuie să fie prezente în majoritatea timpului pe o perioadă de o lună (în absența tratamentului): delir, halucinații, vorbire dezorganizată, comportament catatonic sau dezorganizat, simptome negative;
- În cazul delirului bizar sau a halucinațiilor auditive, este suficient un singur criteriu.

B. dizabilitate socială / ocupațională accentuată;
C. durata semnelor afecțiunii este mai mare de 6 luni, cu cel puțin o lună de simptome specifice fazei active;
D. excluderea tulburărilor afective şi schizoafective;
E. excluderea consumului de substanțe şi a condițiilor medicale generale;
F. relația cu tulburările pervazive de dezvoltare (ex., autism)- pentru a putea pune diagnosticul adițional de schizofrenie, este necesară prezența delirului şi halucinațiilor.

Diagnostic diferențial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Tulburări psihotice datorare unei afecțiuni somatice, delirium, demență, tulburări psihotice datorate consumului de substanțe.	- Criteriul principal de diferențiere constă în asocierea etiologică a prezenței simptomatologiei cu abuzul de substanțe şi /sau o afecțiune somatică.
Tulburări afective cu elemente psihotice şi tulburarea schizoafectivă	- simptomele psihotice apar exclusiv pe durata tulburării de dispoziție (tulburări afective cu elemente psihotice); - tulburările afective apar pe perioada manifestării tulburărilor psihotice (faza activă), sunt prezente în majoritatea timpului pe toată durata manifestării tulburări şi trebuie să existe cel puțin două săptămâni în care există manifestări psihotice, în lipsa tulburării de dispoziție afectivă (tulburare schizoafectivă); - tulburările de dispoziție afectivă au o durată redusă în raport cu durata tulburării şi apar doar în fazele

	prodromală sau reziduală (schizofrenie).
Tulburarea schizofreniformă şi tulburarea psihotică scurtă	- criteriul principal de diferenţiere vizează durata manifestării simptomelor şi severitatea acestora (cu impact asupra declinului funcţional).
Tulburarea delirantă	- delir nonbizar şi lipsa simptomelor de fază activă (tulburare delirantă) versus delir bizar şi simptome de fază activă (schizofrenie); schizofrenia de tip paranoid este mai greu de diferenţiat, deoarece nu apar criteriile de ordinul II.
Tulburările pervazive de dezvoltare	- debutul înainte de vârsta de 3 ani, iar delirul şi halucinaţiile nu constituie simptome de bază (tulburărilde pervazive de dezvoltare).
Tulburările de personalitate de tip schizoid, schizotipal, paranoid.	- Aceste tulburări pot preceda debutul schizofreniei; când simptomele sunt suficient de severe pentru a satisface criteriul A., se pune diagnosticul adiţional de "schizofrenie".
Tulburarea de identitate disociativă	- Halucinaţii auditive şi delir, mai ales de persecuţie, cu menţinerea funcţiilor cognitive şi afective (schizofrenie de tip paranoid) versus mai multe personalităţi care vorbesc între ele şi trecere bruscă de la una la alta, cu modificări în funcţiile cognitive şi afective (tulburare de identitate disociativă).

12.2.2. TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ

Epidemiologie

- deşi nu există informaţii precise despre prevalenţa acestei tulburări, se pare că este mai puţin frecventă decât schizofrenia;
- se pare că apare mai des la femei şi la persoanele în vârstă.

Evoluţia şi prognosticul tulburării

- debutul tipic al tulburării este în prima perioadă a vieţii adulte, deşi aceasta se poate declanşa oricând, din adolescenţă până la vârste înaintate;
- prognosticul afecţiunii este mai favorabil în comparaţie cu cel din schizofrenie şi mai puţin favorabil comparativ cu tulburările afective;
- dizabilitatea severă profesională şi ocupaţională se înregistrează destul de rar.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice

A. interpunerea unui episod depresiv major, maniacal sau mixt pe perioada bolii, care se suprapune peste simptomele corespunzătoare criteriului A din schizofrenie;
B. pe durata bolii, au existat cel puţin două săptămâni în care s-au înregistrat delir şi halucinaţii, în absenţa unor tulburări afective semnificative;
C. simptomatologia ce satisface criteriile unei tulburări afective este prezentă pe aproape toată durata fazelor active şi reziduale ale afecţiunii;

D. simptomele nu se datorează consumului de substanțe sau unei condiții medicale generale;
(în funcție de specificul episodului afectiv, există tulburare schizoafectivă de tip bipolar şi depresiv).

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburări psihotice datorare unei afecțiuni somatice, delirium, demență, tulburări psihotice datorate consumului de substanțe.	- Criteriul principal de diferențiere constă în asocierea etiologică a prezenței simptomatologiei cu abuzul de substanțe şi /sau o afecțiune somatică.
Tulburări afective cu elemente psihotice şi schizofrenia	- simptomele psihotice apar exclusiv pe durata tulburării de dispoziție (tulburări afective cu elemente psihotice) - tulburările afective apar pe perioada manifestării tulburărilor psihotice (faza activă), sunt prezente în majoritatea timpului pe toată durata manifestării tulburări şi trebuie să existe cel puțin două săptămâni în care există manifestări psihotice, în lipsa tulburării de dispoziție afectivă (tulburare schizoafectivă) - tulburările de dispoziție afectivă au o durată redusă în raport cu durata tulburării şi apar doar în fazele prodromală sau reziduală (schizofrenie).
Tulburarea delirantă	- delir nonbizar şi lipsa simptomelor de fază activă (tulburare delirantă) versus delir bizar şi simptome de fază activă (tulburare schizoafectivă).

12.2.3. TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ

Epidemiologie

- în populația generală, prevalența este de 0,2%;
- există date conform cărora, în țările în curs de dezvoltare, recuperarea după o tulburare psihotică este mai rapidă, rezultând o prevalență mai mare a tulburării schizofreniforme în comparație cu schizofrenia.

Evoluția şi prognosticul tulburării

Aproximativ 1/3 dintre persoanele diagnosticate cu această tulburare vor fi recuperate după o perioadă de 6 luni; în cazul celorlalte 2/3, afecțiunea va progresa spre schizofrenie sau tulburare schizoafectivă.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice
A. sunt satisfăcute criteriile A., D. şi E. de la schizofrenie
B. durata unui episod este de minimum o lună şi maximum 6 luni

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
*vezi discuția de la schizofrenie	
Tulburare psihotică scurtă	- durată sub o lună (tulburare psihotică scurtă) versus durată mai mare de o lună (tulburare schizofreniformă).

12.2.4. TULBURAREA DELIRANTĂ

Tipuri de delir, în funcție de care sunt descrise subtipurile tulburării:

- delir erotomanic - persoana se crede iubită de o persoană cu statul socio-cultural mai înalt;
- delir de mărire şi bogăție (idei de grandiozitate) – persoana este convinsă că are talente deosebite, că a făcut descoperiri majore sau că are o relație apropiată cu o persoană extrem de importantă;
- delir de gelozie – persoana se crede înşelată de partenerul de viață;
- delir de persecuție – persoana este convinsă că este urmărită, otrăvită, spionată sau constituie obiectul unei conspirații;
- delir de tip somatic – tema delirului, în acest caz, o constituie funcțiile şi senzațiile corporale (prezența unor mirosuri, paraziți, infecții etc.);
- delir de tip mixt – delir în care nu există o temă dominantă;
- delir de tip nespecificat – delir în care tema nu este clar specificată sau nu corespunde celorlalte subtipuri.

Epidemiologie
- în loturile clinice, spitalizate pe secțiile de psihiatrie, prevalența este de 1%-2%;
- în populația generală, se apreciază că prevalența este de 0,03%.

Evoluția şi prognosticul tulburării
- ebutul tulburării se situează în a doua jumătate a vieții adulte;
- cel mai frecvent înregistrat este delirul de persecuție;
- cursul bolii poate fi cronic, cu perioade de remisie şi recurență a bolii;
- se apreciază că delirul de gelozie are un prognostic mai bun decât cel de persecuție.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice
A. delir nonbizar (situații ce pot apare în viața de zi cu zi) cu durată de cel puțin o lună; B. nu a fost niciodată satisfăcut criteriul A. de la schizofrenie; C. în afară de consecințele delirului, nu apare dizabiliate sau comportament bizar; D. tulburările afective ce pot apare simultan cu delirul sunt de scurtă durată; E. simptomele nu se datorează consumului de substanțe sau unei condiții medicale generale. *se specifică tipul delirului

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
*vezi anterior diagnosticul diferențial cu celelalte tulburări psihotice	
Ipohondrie	- teama că are o boală gravă este mai puțin intensă, persoana admițând că există posibilitatea să nu aibă respectiva boală (ipohondrie) versus convingerea de nezdruncinat că este bolnav (tulburare delirantă)
Tulburare dismorfică	- convingerea că anumite părți ale corpului sunt disproporționate şi inestetice, pacientul admițând că percepția lui poate fi distorsionată (tulburare dismorfică) versus convingerea că anumite părți sau organe din corp sunt distorsionate, nefuncționale sau parazitate (tulburare delirantă)
Tulburare obsesiv-compulsivă	- persoana recunoaşte caracterul intruziv şi exagerat al obsesiilor sale (OCD) versus convingerea că acestea sunt justificate (tulburare delirantă)
Tulburare de personalitate de tip paranoid	- ideile delirante nu sunt atât de clare şi persistente ca în cazul tulburării delirante (tulburare de personalitate).

12.3.4 TULBURAREA PSIHOTICĂ SCURTĂ

Epidemiologie
- datele existente sugerează că este o tulburare rar întâlnită; - trebuie deosebită de manifestările specifice anumitor ceremonii religioase sau culturale.

Evoluția şi prognosticul tulburării
- vârsta medie a debutului este la 30 de ani; - simptomatologia remite la cel mult o lună de la debut (uneori durează doar câteva zile).

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice
A. prezența unui sau mai multora dintre următoarele simptome: delir, halucinații, vorbire

dezorganizată, comportament catatonic sau dezorganizat;
B. durata tulburării este de cel puțin o zi şi cel mult o lună, cu remisia completă a simptomatologiei ulterior acestui termen;
C. simptomatologia nu se datorează consumului de substanțe sau unei condiții medicale generale.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
*vezi anterior diagnosticul diferențial cu celelalte tulburări psihotice	
Tulburări factice şi simulare	- simptomele sunt produse intenționat pentru un beneficu extern (simulare) sau în scopul asumării rolului de bolnav (tulburări factice) versus simptomele apar neintenționat (tulburare psihotică scurtă)
Tulburări de personalitate	- pe fondul unei tulburări de personalitate, stresul poate cauza apariția unor manifestări psihotice; dacă durata acestora depăşeşte o zi, se pune un diagnostic adițional de tulburare psihotică scurtă.

12.3.5 TULBURAREA PSIHOTICĂ ÎMPĂRTĂŞITĂ (Folie à Deux)

Epidemiologie

- se apreciază că tulburarea apare mai frecvent la femei decât la bărbați;
- nu există date epidemiologice clare.

Evoluția şi prognosticul tulburării

- în lipsa intervenției, cursul bolii este cronic;
- după separarea individului de persoana bolnavă, tulburarea se remite uneori rapid, alteori treptat.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice

A. delirul apare la un individ aflat într-o relație apropiată cu o persoană la care s-a diagnosticat deja prezența ideilor delirante;
B. tema delirului este similară la cei doi;
C. simptomatologia nu se datorează consumului de substanțe sau unei condiții medicale generale.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Alte tulburări psihotice	- Criteriul principal de diferențiere constă în relația apropiată cu o persoană bolnavă, cu preluarea temei

delirului de la aceasta şi remisia simptomatologiei după separarea de ea.

12.4. Modele etiopatogenetice

(1) Modelul psihanalitic

Există două explicaţii pe linie psihanalitică:

a) Regresia - conflictele din viaţa adultă duc la regresia la un stadiu anterior de dezvoltare, la care există o fixaţie. În cazul tulburărilor psihotice fixaţia este la stadiul oral, în timp ce pentru nevroze este specifică fixaţia la stadiul falic.

b) Teoria relaţiei cu obiectul - apare un conflict între eu şi realitate; eul nu este bine diferenţiat de lumea înconjurătoare, percepţia persoanelor şi a realităţii fiind fragmentată (percepţie alb-negru, bine-rău). În mod obişnuit, eul normal este autonom, bine diferenţiat de lumea înconjurătoare, având o perspectivă nuanţată asupra celorlalţi şi realităţii înconjurătoare. Nedezvoltarea normală a eului duce la dificultăţi de interacţiune cu lumea, viaţa devenind un stresor permanent.

(2) Modelul stres-vulnerabilitate

Asumpţia de bază este că persoanele care fac tulburări psihotice prezintă o vulnerabilitate (în primul rând biologică, dar şi psihologică) la boală. În interacţiunea cu evenimentele stresante, factorii de vulnerabilitate determină apariţia tulburării psihotice.

a) Aspecte biologice ale vulnerabilităţii:

- atrofii sau diminuarea numărului de celule la nivelul sistemului limbic şi a ganglionilor bazale; hipofrontalitate;
- exces de dopamină în general şi deficit de dopamină la nivelul lobilor frontali; antipsihoticele acţionează la nivelul receptorilor D1 (controlul simptomelor pozitive), în timp ce simptomele negative par a fi legate de numărul receptorilor D2.

b) Aspecte psihologice ale vulnerabilităţii:

- aceleaşi predispoziţii apar în cazul schizofreniei, tulburării de personalitate de tip schizoid şi schizotipal;
- se consideră factori de vulnerabilitate:
  - mediul familial inadecvat (mesajele verbale şi nonverbale contradictorii, transmise de cei doi părinţi; separarea între părinţi şi apropierea copil – părintele de sex opus; concurenţă între părinţi pentru favorurile copilului; blocarea expresivităţii emoţionale; comportament parental hiperprotectiv, critic sau ostil);
  - învăţarea prin modelare (preluarea unor comportamente de la părinţi cu tulburări psihotice);
  - factori socio-economici (prevalenţa tulburărilor psihotice este mai mare la persoanele cu statut socio-economic scăzut, la persoanele din marile aglomerări urbane, la persoanele născute toamna, primăvara sau iarna, datorită factorilor nutriţionali).

Studiile experimentale indică următoarea ierarhie în ceea ce priveşte vulnerabilitatea la tulburări psihotice:

- locul I – copii născuţi şi crescuţi de mame cu probleme psihice
- locul II – copii născuţi de mame cu probleme psihice şi crescuţi în familii normale
- locul III – copii născuţi şi crescuţi în familii normale.

12.5. Factori de risc

În general, în cazul tulburărilor psihotice, există un risc crescut pentru această categorie de afecțiuni în cadrul rudelor biologice ale persoanelor bolnave.

12.6. Tratamentul

- Tratamentul este în primul rând medicamentos, vizând reducerea simptomatologiei şi stabilizarea individului. În faza activă a bolii, este esențială terapia medicamentoasă, iar în faza de remisie a simptomatologiei, psihoterapia oferă şansa formării unor reacții adaptative. Psihoterapia şi consilierea psihologică sunt utile în prevenția primară a bolii (intervenție la nivelul grupului primar) şi în faza prodromală (educarea pentru recunoaşterea debutului simptomatologiei).

Simptomatologia legată de faza prodromală:

- izolare socială accentuată;
- deteriorarea capacității de a face față cerințelor profesionale;
- comportament atipic sau nou pentru individ;
- diminuarea preocupărilor pentru igiena personală;
- aplatizare afectivă şi afectivitate inadecvată situației;
- convingeri stranii şi gândire magică;
- experiențe perceptive ciudate;
- schimbări în limbaj;
- lipsă accentuată de inițiativă şi diminuarea intereselor;
- psihoterapia se utilizează ca şi metodă complementară în faza activă a bolii:
    - Tehnici cognitiv-comportamentale pentru reducerea delirului şi halucinațiilor care nu cedează la medicație, creşterea complianței la tratament, reducerea simptomatologiei negative;
    - Hipnoterapie pentru întărirea eului;
    - Tehnici cognitiv-comportamentale cu rol educativ (încadrarea în grupul social) şi pentru prevenirea recăderilor.

13. TULBURĂRI ALE IMPULSULUI

13.1. Prezentare generală

Deşi există şi alte tulburări care presupun probleme în autocontrolul impulsurilor (parafilii, tulburarea de personalitate de tip antisocial, schizofrenia, tulburările afective etc.), această secțiune include şase tulburări specifice, caracterizate de:

(1) impulsul de a face un comportament care are consecințe negative pentru persoana în cauză sau pentru cei din jur;
(2) reținerea de la aceste comportamente duce la creşterea tensiunii şi activării fiziologice;
(3) detensionare şi stări de plăcere, mulțumire după comiterea respectivelor comportamente (funcționând ca întărire negativă pentru acestea);
(4) comportamentele pot fi planificate sau spontane;
(5) executarea comportamentelor pot să fie sau să nu fie urmate de sentimente de vinovăție, ruşine, regret.

Deoarece aceste comportamente sunt susținute de o motivație internă şi sunt întărite negativ prin faptul că executarea lor duce la detensionare, ele sunt foarte greu modificabile.

Actele impulsive constituie comportament egosintonic (produce plăcere); ulterior comiterii comportamentelor, persoana poate trăi stări egosintonice (relaxare, plăcere) sau egodistonice (sentimente de culpă, ruşine).

În această categorie sunt incluse:

(1) Tulburarea explozivă intermitentă – se caracterizează prin prezența unor episoade de agresivitate incontrolabilă, care se soldează cu atacarea unor persoane sau distrugerea proprietății acestora;
(2) Cleptomania – are ca şi trăsătură de bază incapacitatea de a-şi controla impulsul de a fura obiecte de care individul nu are nevoie pentru uzul personal sau valoarea lor monetară;
(3) Piromania – se caracterizează prin tendința de incendiere intenționată a diferitelor obiecte, în scopul detensionării sau a obținerii plăcerii;
(4) Jocul patologic de noroc - se caracterizează prin angajarea patologică în diferite jocuri de noroc;
(5) Tricotilomania – constă în tendința incontrolabilă de a-şi smulge părul, în scopul detensionării sau a obținerii plăcerii, ceea ce duce la pierderi masive a părului din cap şi de pe corp;
(6) Tulburarea de impuls nespecificată – se caracterizează prin prezența unor simptome specifice tulburărilor de impuls, care nu satisfac criteriile afecțiunilor prezentate anterior.

13.2. Epidemiologie / III. Evoluția şi prognosticul bolii / IV. Diagnostic DSM IV / V. Diagnostic diferențial

13.2.1. TULBURAREA EXPLOZIVĂ INTERMITENTĂ

Epidemiologie
- nu există date epidemiologice clare, însă se apreciază că este o tulburare destul de rară; - episoadele de comportament violent sunt mai frecvente la bărbați decât la femei.

Evoluția şi prognosticul tulburării
- tulburarea poate debuta din adolescența târzie până spre 30 de ani; - debutul poate fi abrupt, fără o fază prodromală.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice
A. prezența câtorva episoade distincte de agresivitate incontrolabilă, care se soldează cu atacarea unor persoane sau distrugerea proprietății acestora; B. agresivitatea exprimată în timpul episoadelor este mult disproporționată în raport cu stresorii psiho-sociali care ar fi putut-o declanşa; C. simptomele nu se datorează consumului de substanțe sau unei condiții medicale generale.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face diagnostic	**Indici de diferențiere**

diferențial	
Delirium, demență, abuzul de substanțe, modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale.	- Criteriul principal de diferențiere se referă la asocierea etiologică a simptomatologiei cu prezența unei condiții medicale generale, afecțiuni neurologice sau abuzul de substanțe.
Comportament intenționat și simulare	- Se distinge prin prezența motivației și beneficiului obținut prin comiterea actelor agresive.

13.2.2. CLEPTOMANIA

Epidemiologie
- Este o afecțiune rară, care apare la mai puțin de 5% dintre hoții din magazine; - Se apreciază că este mult mai frecventă la femei.

Evoluția și prognosticul tulburării
- Au fost descrise trei patternuri tipice ale tulburării: (1) Curs sporadic, cu episoade scurte de prezență a simptomatologiei și perioade lungi de remisie; (2) Curs episodic, cu perioade lungi de prezență a simptomelor și perioade de remisie; (3) Curs cronic, cu unele fluctuații.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice
A. eșecuri recurente în a-și controla impulsul de a fura obiecte de care individul nu are nevoie pentru uzul personal sau valoarea lor monetară; B. exacerbarea tensiunii imediat anterior comiterii furtului; C. comiterea actului este urmată de detensionare, senzație de plăcere, gratificare; D. furtul nu este comis în scopul răzbunării, din furie sau ca și consecință a delirului sau halucinațiilor.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Furt intenționat, planificat sau spontan	- Acte deliberate și motivație extrinsecă (furt intenționat) versus furt motivat de nevoia detensionării și a obținerii gratificării (cleptomanie).
Simulare	- Criteriul de diferențiere constă în urmărirea unui beneficiu extern sau evitarea unei pedepse (simulare)
Tulburare de personalitate antisocială, tulburare de conduită	- Pattern general de comportament antisocial (tulburarea de personalitate și de conduită) versus actele incriminate sunt reduse la furtul unor obiecte fără valoare personală sau monetară (cleptomanie).
Episoade maniacale, schizofrenie, demență.	- Furturile care apar exclusiv în cadrul episoadelor maniacale, ca și consecință a delirului și halucinațiilor

sau pe fond de demenţă nu se diagnostichează ca şi cleptomanie.

13.2.3. PIROMANIA

Epidemiologie

- Pentru această tulburare, datele epidemiologice sunt insuficiente; totuşi, se consideră că tulburarea este relativ rară;
- Se înregistrează mai frecvent la bărbaţi decât la femei, mai ales la cei cu abilităţi sociale deficitare şi tulburări de învăţare.

Evoluţia şi prognosticul tulburării

- Cursul longitudinal al tulburării este necunoscut;
- Incidentele de incendiere intenţionată sunt periodice şi pot fluctua în frecvenţă.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice

A. acţiuni de incendiere intenţionată, manifestate în mai multe ocazii;
B. actul incendierii este precedat de o escaladare a tensiunii şi arousal-ului;
C. fascinaţie, interes şi curiozitate faţă de foc şi contextul situaţional al acestuia (consecinţe, utilizare etc.);
D. actul incendierii sau postura de martor sau participant la consecinţele acestuia generează plăcere sau detensionare;
E. actul incendierii nu are ca şi motivaţie câştigul bănesc, mascarea unei infracţiuni, exprimarea furiei, răzbunare, exprimarea ideologiei socio-politice, îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă, delir, halucinaţii sau alte tulburări mentale severe).

Diagnostic diferenţial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferenţial	Indici de diferenţiere
Câştigul bănesc, mascarea unei infracţiuni, exprimarea furiei, răzbunare, exprimarea ideologiei socio-politice, îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă, delir, halucinaţii sau alte tulburări mentale severe, tentativele experimentale ale copiilor sau tentativele unor persoane cu tulburări mentale de a comunica dorinţe sau nevoi.	- Criteriul de diferenţiere constă în scopul urmărit: plăcerea actului în sine, fără nici un beneficiu extern (piromanie).

13.2.4. JOCUL PATOLOGIC DE NOROC

Epidemiologie

- În populaţia generală, prevalenţa este de 1%-3%;
- Aproximativ 1/3 din persoanele care suferă de această tulburare sunt femei, însă doar o mică parte dintre acestea sunt cuprinse în programele de terapie datorită reacţiilor sociale mai negative în cazul lor, comparativ cu bărbaţii;
- Aproximativ 20% dintre persoanele cuprinse în tratament pentru joc patologic de

noroc au avut cel puțin o tentativă de suicid.

Evoluția şi prognosticul tulburării

- Tulburarea debutează, de regulă, în adolescența timpurie în cazul bărbaților şi puțin mai târziu în cazul femeilor;
- Debutul este, în majoritatea cazurilor, insidios, tulburarea fiind precipitată de apariția unui stresor;
- Simptomatologia se poate manifesta în mod regulat sau episodic, cursul bolii fiind cronic;
- Tendința de a juca se accentuează în perioadele de stres puternic sau depresie.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice

A. angajarea persistentă şi recurentă în jocuri de noroc, indicată prin cinci sau mai multe din următoarele manifestări:
(1) preocupare accentuată pentru jocurile de noroc;
(2) nevoia de a pune în joc sume din ce în ce mai mari de bani pentru a obține senzația dorită;
(3) tentative nereuşite repetate de a-şi controla, diminua sau stopa comportamentul de joc;
(4) iritabilitate şi agitație ca urmare a încercărilor de a-şi diminua sau stopa comportamentul de joc;
(5) jocul constituie o metodă de a scăpa de probleme sau de o dispoziție disforică (ex., sentimente de neajutorare, vinovăție, anxietate, depresie);
(6) după pierderea unei sume de bani într-un joc, se reîntoarce pentru a-şi lua revanşa;
(7) prezintă distorsionat situația față de familie, terapeut sau alte persoane, pentru a ascunde magnitudinea implicării sale în jocurile de noroc;
(8) a comis acte ilegale ca frauda, falsul, furtul sau delapidarea pentru a obține banii necesari implicării în jocurile de noroc;
(9) a pierdut sau şi-a primejduit o relație interpersonală, şansă în carieră sau slujbă din cauza jocurilor de noroc;
(10) se bazează pe alte persoane pentru a-i oferi banii necesari plății unor datorii făcute la jocurile de noroc.
B. comportamentul persoanei nu se explică prin prezența unui episod maniacal.

Diagnostic diferențial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Jocul de noroc profesional	- riscuri limitate şi disciplină strictă (jocul de noroc profesional) versus riscuri nelimitate şi lipsa disciplinei (jocul de noroc patologic).
Jocul de noroc social	- durată limitată a jocului şi cuantumul pierderilor acceptate prestabilit (jocul de noroc social) versus durată nelimitată a jocului şi cuantumului pierderilor (jocul patologic de noroc).
Episoade maniacale	- comportamentul de joc compulsiv apare doar pe

	perioada episodului maniacal (episoade maniacale) versus comportamentul de joc compulsiv apare şi lipsa altor simptome specifice episoadelor maniacale (jocul patologic de noroc).

13.2.5. TRICOTILOMANIA

Epidemiologie

- nu există date epidemiologice sistematice pentru această tulburare;
- studii recente arată că aproximativ 1%-2% dintre studenți au în istoricul personal episoade de tricotilomanie;
- apare mai frecvent la femei decât la bărbați (proporția este aproximativ aceeaşi la copiii de ambele sexe).

Evoluția şi prognosticul tulburării

- debutul este situat frecvent în copilărie, cu accentuări a simptomatologiei între 5-8 ani şi în jurul vârstei de 13 ani;
- la vârste mici poate apare smulgerea părului ca şi "obicei prost", nonpatologic;
- unele persoane prezintă simptomatologie continuă timp de zeci de ani; alteori, cursul bolii este marcat de remisii şi recurențe;
- zonele corpului din care este smuls părul pot varia în timp.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice

A. smulgerea incontrolabilă, recurentă a părului, ceea ce duce la pierderi masive a părului din cap şi de pe corp;
B. accentuarea tensiunii imediat înainte de comiterea actului compulsiv sau când acesta este blocat,
C. comiterea actului impulsiv duce la plăcere, deternsionare;
D. simptomatologia nu se datorează altei boli psihice sau unei condiții medicale generale
E. tulburarea determină distres şi dizabilitate socială, ocupațională sau în alte domenii ale vieții.

Diagnostic diferențial

Tulburarea cu care se face diagnostic diferențial	Indici de diferențiere
Cauze biologice ale alopeciei sau alopecie ca şi consecință a delirului şi halucinațiilor	- criteriul principal de diferențiere constă în absența comportamentului de smulgere a părului (cauze biologice ale alopeciei), respectiv prezența unei boli psihice şi manifestarea comportamentului compulsiv ca şi consecință a delirului sau halucinațiilor.
Tulburare obsesiv-compulsivă	- comportamentul repetitiv se manifestă ca răspuns la o obsesie sau conform unor reguli strict aplicate (OCD) versus comportamentul compulsiv se manifestă în

	scopul detensionării, fără respectarea unor reguli prestabilite (tricotilomanie).
Stereotipii	- comportamentul compulsiv este limitat la smulgerea părului (tricotilomanie) versus comportamentul compulsiv se manifestă şi altfel (stereotipii).
Tulburări factice	- criteriul de diferenţiere vizează scopul comportamentului: asumarea rolului de bolnav (tulburări factice) versus deternsionare şi obţinerea plăcerii (tricotilomanie).

13.3. Etiologie

(1) Explicaţia biologică

Sunt incriminaţi anumiţi factori biologici legaţi de sistemul limbic.

(2) Explicaţia psihanalitică

Unii psihanalişti consideră actele impulsive ca şi mecanisme de adaptare la anxietate şi depresie, pe când alţii cred că ele constituie mecanisme de apărare faţă de conştientizarea unor pulsiuni specifice celor patru stadii de dezvoltare (mai ales cel oral).

(3) Explicaţia cognitiv-comportamentală

La nivelul sistemului cognitiv există anumite patternuri de toleranţă scăzută la frustrare şi gândire absolutistă. Din interacţiunea acestui pattern cognitiv cu stimuli externi rezultă starea de tensiune (apare ulterior o asociere între stimulii externi şi starea de tensiune). Actele impulsive sunt urmare de detensionare, aceste comportamente fiind deci întărite negativ.

13.4. Tratamentul

- Tehnici cognitiv-comportamentale pentru reducerea tensiunii asociate tulburării, controlul comportamentelor dezadaptative.

14. PROBLEME DE RELAŢIONARE

14.1. Prezentare generală

Problemele de relaţionare vizează în principal cuplul şi familia. Din perspectivă cognitiv –comportamentală (integrativă) cuplul şi familia sunt văzute ca şi reţele, în care problemele pot apare la mai multe nivele, acestea fiind:

- la nivelul componentelor reţelei – problemele psihice sau medicale ale individului se răsfrâng asupra funcţionării întregii reţele;
- la nivelul interacţiunii între componentele reţelei - există probleme de comunicare între membrii reţelei.

Problemele pot duce la exacerbarea sau complicarea tratamentului unor afecţiuni mentale sau somatice în cazul unuia sau mai multor membri ai reţelei, pot constitui o consecinţă a acestor tulburări, pot apare independent de alte tulburări prezente sau în absenţa oricăror alte tulburări.

În funcţie de segmentul în care există deficienţe, pot apăre mai multe variante:

(1) deficienţe doar la nivelul modului de interacţiune între membrii reţelei;
(2) deficienţe la nivelul membrilor reţelei şi la nivelul interacţiunii dintre aceştia;
(3) deficienţe la nivelul membrilor reţelei nu şi la nivelul interacţiunii dintre aceştia;

(4) nu sunt deficienţe nici la nivelul membrilor reţelei şi nici la nivelul interacţiunii dintre aceştia.

14.2. Tipuri de probleme de relaţionare

(1) Probleme relaţionale asociate unei tulburări mentale sau condiţii medicale generale – problema ţintă o constituie dificultăţile de relaţionare apărute ca şi consecinţă a faptului că unul dintre membrii reţelei suferă de o boală mentală sau somatică.

(2) Probleme relaţionale între părinţi şi copii – ţinta intervenţiei este reprezentată de patternul de interacţiune părinte-copil (comunicare dificilă, supraprotecţie, disciplină inadecvată). Aceste probleme cauzează dificultăţi majore în cadrul familiei sau apariţia unor tulburări de intensitate clinică la copil sau părinte.

(3) Probleme relaţionale în cuplu – în acest caz, ţinta intervenţiei o constituie patternul de interacţiune între parteneri/soţi. Acesta se caracterizează prin comunicare disfuncţională (ex., criticism exagerat), comunicare distorsionată (ex., expectanţe nerealiste) sau lipsa comunicării; respectivele probleme cauzează dificultăţi majore în cadrul familiei sau apariţia unor tulburări de intensitate clinică la unul sau ambii parteneri.

Se consideră că, într-un cuplu, există patru mari surse de probleme:

- Conflictul;
- disprețul pentru celălalt (factor foarte predictiv pentru divorţ);
- credinţele iraţionale;
- Convingerea că "trebuie să am dreptate pentru că aşa spun eu".

(4) Probleme relaţionale între fraţi – problema principală o constituie patternul disfuncţional de interacţiune între fraţi, ceea ce cauzează dificultăţi majore în cadrul familiei sau apariţia unor tulburări de intensitate clinică la unul sau mai mulţi dintre fraţi.

(5) Probleme relaţionale nespecificate – această categorie vizează probleme de relaţionare, care nu pot fi incluse în nici una dintre categoriile anterior specificate (ex., dificultăţi de relaţionare între colegi).

14.3. Tratamentul

Modele de intervenţie la nivelul comunicării:

(a) analiza tranzacţională;
(b) tehnici cognitiv-comportamentale - modificarea comportamentelor şi cogniţiilor dezadaptative, rol educativ.

15. TULBURĂRILE DE SOMN

15.1. Clasificarea tulburărilor de somn

Tulburările somn sunt clasificate în:
1. tulburări de somn primare (disomnii şi parasomnii);
2. tulburare de somn în legătură cu o altă tulburare mentală;
3. tulburare de somn datorată unei condiţii medicale generale;
4. tulburare de somn indusă de o substanţă.

15.1.1. Tulburările de somn primare

1. Disomniile

Se caracterizează prin anomalii în cantitatea, calitatea sau reglarea somnului. Ele sunt tulburări primare ale iniţierii şi menţinerii somnului sau ale somnolenţei excesive şi sunt caracterizate printr-o perturbare în cantitatea, calitatea sau oportunitatea somnului. Ele include insomnia primară, hipersomnia, narcolepsia, tulburarea de somn în legătură cu respiraţia, tulburarea ritmului circadian al somnului şi disomnia fără nici o altă specificaţie.

Insomnia primară are ca element principal acuzarea unei dificultăţi în iniţierea sau în menţinerea somnului, ori a unui somn nerecomfortant, care durează cel puţin o lună (criteriul A) şi cauzează distress sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul profesional, social sau alte domenii importante de funcţionare. Perturbarea somnului nu survine exclusiv în cursul altei perturbări de somn (C) ori tulburări mentale (D) şi nu este datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanţe ori ale unei condiţii medicale generale (E).

Hipersomnia primară are ca element esenţial somnolenţa excesivă pentru cel puţin o lună şi care se manifestă, fie prin episode de somn prelungite, ori prin episoade de somn în timpul zilei, survenind aproape zilnic (criteriul A).

Narcolepsia se caracterizează prin atacuri irezistibile repetate de somn reconfortant, cataplexie şi intruziunile recurente de elemente ale somnului cu miscări oculare rapide în perioada de tranziţie dintre somn şi vigilitate.aceste atacuri survin zilnic în decurs de cel puţin trei luni. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe.

Tulburarea de somn în legătură cu respiraţia se caracterizează prin întreruperea somnului, ducând la somnolenţă excesivă sau la insomnie, considerată a fi datorată anomaliilor de ventilaţie din timpul somnului (apneea de somn sau hipoventilaţia alveolară centrală). Perturbarea nu poate fi explicat[mai bine de o altă tulburare mentală şi nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe.

Tulburarea ritmului somn-veghe se caracterizează printr-un pattern persistent sau recurent de întrerupere a somnului, care rezultă dintr-o inadecvare între sistemul de somn-vigilitate circadian endogen al individului, pe de o parte, şi solicitările externe referitare la orarul şi durata somnului, pe de altă parte (criteriul A). Indivizii se pot plânge de insomnie în anumite momente ale zilei şi de somnolenţă excesivă în altele.

Disomniile fără nici o altă specificaţie se referă la insomniile, hipersomniile sau tulburările de ritm circadian care nu satisfac criteriile pentru nici o disomnie specifică.

2. Parasomniile

Sunt caracterizate prin evenimente comportamentale sau fiziologice anormale survenind în asociație cu somnul, cu stadiile specifice somnului sau tranzițiile somn-veghe.

Coşmarul constă în apariția repetată de vise terifiante care duc la deşteptarea din somn (criteriul A). Individul este complet alert şi orientat la deşteptare (B). Visele terifiante sau întreruperile somnului care rezultă din deşteptări cauzează individului distress sau duc la disfuncție socială sau profesională. Această tulburare nu este diagnosticată dacă coşmarurile survin exclusiv în timpul evoluției altei tulburări mentale sau se datorează efectelor fiziologice alte unei substanțe.

Teroarea de somn are ca element esențial apariția repetată a terorilor de somn, adică, deşteptări bruşte din somn, începând de regulă cu un țipăt sau strigăt de panică (criteriul A). Terorile de somn încep de regulă în cursul primei treimi a episodului de somn major şi durează 1-10 minute. Episoadele unt acompaniate de excitație vegetativă şi manifestări comportamentale de frică intensă (B).În cursul episodului individul este greu de deşteptat sau conolat (C). La deşteptare, dimineața următoare, individul are amnezie pentru eveniment (D).

Somnambulismul se caracterizează prin episoade repetate de comportament motor complex inițiat în cursul somnului, implicând scularea din pat şi mersul împrejur. Episoadele încep în cursul somnului cu unde lente din prima treime a nopții (criteriul A). În timpul episoadelor, individul prezintă o stare de vigilitate şi reactivitate redusă, privire inexpresivă şi o relativă lipsă de reactivitate la comunicare cu alții sau la eforturile altora de a-i deştepta din somn (B). Dacă se trezeşte în timpul episodului, individul îşi aminteşte foarte puțin din evenimente(C). După episod poate exista inițial o scurtă perioadă de confuzie sau de dificultate în orientare, urmată de recuperarea completă a funcției cognitive şi comportamentului corespunzător (D).

Parasomnii fără altă specificație se referă la perturbările caracterizate prin evenimente comportamentale sau fiziologice anormale în timpul somnului sau al tranzițiilor somn-veghe, dar care nu satisfac criteriile pentru nici parasomnie specifică.

15.1.2. Insomnia în legătură cu altă tulburarea mentală
Hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală

Elementul esențial al insomniei în legătură cu o altă tulburarea mentală şi al hipersomniei în legătură cu altă tulburare manetală îl constituie prezența fie al insomniei, fie al hipersomniei, care este considerată a fi în legătură temporală şi cauzală cu altă tulburare mentală. Insomnia sau hipersomnia care este consecința fiziologică directă a unei substanțe, nu este inclusă aici.

Indivizii cu acest tip de insomnie sau hipersomnie se centrează de regulă pe perturbarea lor de somn mergând până la excluderea simptomenlor caracteristice ale bolii mentale în care acestea apar şi a căror prezență poate deveni evidentă numai după un interogatoriu specific şi persistent. Frecvent ei atribuie simptomele tulburării mentale faptului că nu au dormit bine.

Tulburări mentale care implică insomnia sau hipersomnia:

- tulburarea deresivă majoră;
- tulburarea afectivă bipolară;

- anxietatea generalizată;
- tulburări psihotice;
- tulburări somatiforme;
- tulburări de personalitate;
- în cazul atacurilor de panică nocturne.

15.2.3. Tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale

Elementul esențial al tulburării de somn datorate unei condiții medicale generale îl constituie o perturbare notabilă de somn care este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată (criteriul A), şi este datorată unei condiții medicale generale. Simptomele pot include insomnie, hipersomnie, o parasomnie ori o combinație a acestora.

Din examenul somatic trebuie să rezulte faptul că perturbarea de somn este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (criteriul B).

Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburarea mentală, cum ar fi o tulburarea de adaptare, în care stresorul este o condiție medicală severă (criteriul C).

Diagnosticul nu este pus dacă tulburarea de somn survine numai în timpul unui delirium (criteriul D).

Prin convenție, pertirbările de somn care datorate unei tulburări de somn în legătură cu respirația oei narcolepsia nu sunt incluse îm acestaă categorie (criteriul E).

Simptomele tulburării de somn trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare semnificativă clinic îm domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul F).

15.2.4. Tulburarea de somn indusă de o substanță

Elementul esențial este perturbarea notabilă a somnului şi care este considerată a fi datorată efectelor fiziologice directe ale unui substanțe.

Tulburarea de somn indusă de o substanță apar cel mai frecvent în cazul intoxicației cu următoarele clase de substanțe:

- Alcool;
- amfetamină şi stimulente afine;
- cafeină;
- cocaină;
- opiacee;
- sedative;
- hipnotoce şi anxiolotice;
- alte substanțe.

16. TULBURĂRI LEGATE DE CONSUMUL DE SUBSTANȚĂ

16.1. Clasificarea Tulburări legate de consumul de substanță

Termenul de substanță se referă la un drog de abuz, la un medicament sau la un toxic.

Clasificare:

a)tulburări ale uzului de substanță (dependența şi abuzul de substanță);

b)tulburări induse de o substanță (intoxicația cu o substanță, abstinența de o substanță, delirium indus de o substanță, tulburarea amnestică indusă de o substanță, tulburările anxioase induse de o substanță, tulburarea afectivă indusă de o substanță, şi tulburările de somn induse de o substanță).

a) Tulburări ale abuzului de substanță (dependența şi abuzul de substanță)

1. Dependența de o substanță se caracterizează printr-un pattern dezadaptativ de uz de o substanță, ducând la deteriorare sau distress semnificativ clinic, manifestată prin trei sau mai multe din următoarele, survenind oricând în aceeaşi perioadă de 12 luni:

1.Toleranță, definită prin necesitatea creşterii considerabile a cantităților de substanță pentru a ajunge la intoxicație sau la efectul dorit, sau diminuarea semnificativă a efectului la uzul continuu al aceleiaşi cantități de substanță;

2.Abstinență, manifestată prin sindromul de abstinență caracteristic pentru substanță sau aceeaşi substanță(sau una strâns înrudită) este luată pentru a uşura sau evita simptomele de abstinență;

3.Substanța este luată în cantități mai mari sau în decursul unei perioade mai lungi decât se intenționa;

4.Există o dorință persistentă sau eforturi eşuate de a înceta sau controla uzul de substanță;

5.Foarte mult timp este pierdut în activități necesare obținerii subtanței, uzului substanței, sau recuperării din efectele acesteia;

6.Activitățile sociale, profesionale sau recreaționale importante sunt abandonate sau reduse din cauza uzului de substanță;

7.Uzul de substanță este continuat în ciuda faptului că individul ştie că are o problemă somatică sau psihologică persistentă sau intermitentă care probabil a fost cauzată sau excerbată de substanță.

2. Abuzul de substanță

Se caracterizează printr-un pattern dezadaptativ de uz de o substanță, ducând la deteriorare sau distress semnificativ clinic, manifestată prin trei sau mai multe din următoarele, survenind oricând în aceeaşi perioadă de 12 luni:

- Uz repetat de o substanță ducând la incapacitatea de a indeplini obligațiile majore ale rolului la serviciu, la scoală sau acasă;
- Uz repetat de o substanță în situații în care acesta este periculos;
- Probleme legale repetate în legătură cu o substanță;
- Uz continuu de o substanță în pofida faptului că are probleme sociale sau interpersonale persistente sau recurente cauzate sau exacerbate de efectele substanței.

Simptomele nu au satisfăcut niciodată criteriile pentru dependența de o substanță, pentru această clasă de substanță.

b)Tulburările induse de o substanță

Intoxicația cu o substanță se caracterizează prin apariția unui sindrom reversibil, specific substanței, datorat ingestiei unei substanțe (sau expunerii la o substanță). Modificările psihologice sau comportamentale dezadaptative semnificative clinic associate cu intoxicația sunt datorate efectelor fiziologice directe ale substanței asupra sistemului nervos central şi se dezvoltă în cursul sau la scurt timp după uzul substanței (B). Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale şi nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mentală.

Abstinența de o substanță are ca element esențial apariția unei modificări dezadaptative de comportament specifice substanței, cu concomitențe fiziologice şi cognitive care se datorează încetării sau reducerii unui uz prelungit şi excesiv de substanță. Abstinența este asociată de regulă, dar nu întotdeauna cu dependența de o substanță.

17. TULBURĂRI CLINICE ALE COPILULUI ŞI ADOLESCENTULUI

Se referă la tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, copilărie sau adolecență.

Tulburările clinice ale copilului şi adolescentului includ:

1. Retardarea mentală Este caracterizată printr-o funcționare intelectuală semnificativ sub medie (QI de aprox 70 sau sub) cu debut înainte de etatea de 18 ani şi prin deficite sau deteriorări concomitente în fucționarea adaptativă. Sunt prevăzute coduri separate pentru retardarea mentală uşoară, moderată, severă şi profundă. Precum şi pentru retardarea mentală de severitate nespecificată.

2. Tulburările de învățare

Acest tulburări se caracterizează printr-o funcționare școlară substanțial sub cea expectată, dată fiind etatea cronologică a persoanei, inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății. Tulburările specifice incluse în această secțiune sunt dislexia (tulburarea de citit), discalculia (tulburarea de calcul), disgrafia (tulburarea expresiei grafice) și tulburarea de învățare fără nici o altă specificație.

3. Tulburarera aptitudinilor motorii

Aceasta include tulburarea de dezvoltare a coordonării, care este caracterizată printr-o coordonare motorie, substanțial sub cea expectată, dată fiinde etatea cronologică a persoanei și inteligența măsurată.

4. Tulburările de comunicare

Se caracterizează prin dificultăți în vorbire sau limbaj, și include tulburarea de limbaj expresiv, tulburarea mixtă de limbaj receptive și expresiv, tulburarea fonologică, balbismul și tulburarea de comunicare fără nici o altă specificație

5. Tulburările de dezvoltare pervazivă

Sunt caracterizate prin deficite severe și deteriorare pervazivă în multiple domenii ale dezvoltării. Acestea include deteriorarea în interacțiunea socială reciprocă, deteriorarea în comunicare și prezența de comportamente, preocupări și activități stereotipe. Tulburările specifice incluse în această secțiune sunt tulburarea autistă, tulburarea Rett, tulburarea dezintegrativă a copilăriei, tulburarea Asperger și tulburarea de dezvoltare pervazivă fără nici o altă specificație.

6. Deficitul de atenție și tulburările de comportament disruptive. Această secțiune include tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenție, care este caracterizată prin simptome de inatenție și/sau de hiperactivitate-impulsivitate. Sunt prevăzute subtipuri pentru precizarea prezenței sindromului predominant: tip predominant inatent, hiperactiv-impulsiv și tip combinat. Sunt incluse și tulburările de comportament disruptive: tulburarea de conduită, caracterizată printr-un pattern de comportament care violează drepturile fundamentale ale altora sau normele ori regulile sociale majore corespunzătoare etății; tulburarea opoziționismului provocator, caracterizată printr-un pattern de comportament negativist, ostil și sfidător. Această secțiune include, de asemenea, două categorii fără altă specificație: tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenție fără altă specificație și tulburarea de comportament disruptive fără altă specificație.

7. Tulburările de alimentare și de comportament alimentar ale perioadei de sugar sau micii copilării.

Aceste tulburări sunt caracterizate prin tulburări persistente în alimentare și în comportamentul alimentar. Tulburările specifice incluse sunt pica, ruminația și tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării.

8. Ticurile

Sunt caracterizate prin ticuri motorii și/sau vocale. Tulburările specifice include tulburarea Tourette, ticul motor sau vocal cronic, ticul tranzitor și ticul fără altă specificație.

9. Tulburările de eliminare

Această categorie include encoprezisul, eliminarea de fecale în locuri inadecvate și lipsa controlului, și enurezisul, eliminarea repetată de urină în locuri inadecvate și lipsa controlului.

10. Alte tulburări ale perioadei de sugar, ale copilăriei sau adolescenței. *Anxietatea de separare* este caracterizată printr-o anxietate excesivă şi inadecvată dezvoltării, în legătură cu separarea de casă sau de cei de care copilul este ataşat. *Mutismul selectiv* se referă la incapacitatea constantă de a vorbi în situații sociale specifice, în ciuda faptului că vorbeşte în alte situații. *Tulburarea reactivă de ataşament a perioadei de sugar sau a micii copilării* este caracterizată printr-o relație socială inadecvată dezvoltării şi perturbată considerabil, care apare în cele mai multe contexte şi este asociată cu o îngrijire flagrant patogenică. *Tulburarea de mişcare stereotipă* este caracterizată printr-un comportament motor nonfuncțional, aparent impulsive şi repetitive, care interferează considerabil cu activitățile normale şi uneori poate duce la leziuni corporale. *Tulburarea perioadei de sugar, a copilăriei sau adolescenței fără nici o altă specificație* se referă la tulburările cu debut în perioada de sugar copilărie sau adolescență care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare specifică din clasificare.

18. TULBURARILE AFECTIVE

18.1. Prezentare generală

Tulburările afective includ tulburările care au ca element predominant o tulburare de dispoziție. Tulburările afective se împart în tulburări depresive, tulburări bipolare şi tulburări diagnosticate pe baza etiologie: tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale şi tulburarea afectivă indusă de o substanță. Tulburările depresive (tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică şi tulburarea depresivă fără altă specificație) se disting de tulburările bipolare prin faptul că nu există un istoric de episod maniacal, mixt sau hipomaniacal. Tulburările bipolare (de tip I, II, ciclotimia şi tulburarea bipolară fără nici o altă specificație) implică prezența şi/sau istoric de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale acompaniate de regulă de prezența sau un istoric de episoade depresive majore.

a. Tulburările depresive

1. Tulburarea depresivă majoră se caracterizează printr-unul sau mai multe episoade depresive majore (cel puțin 2 săptămâni de dispoziție depresivă sau pierderea interesului plus cel puțin patru simptome suplimentare de depresie).
2. Tulburarea distimică se caracterizează prin cel puțin 2 ani de dispozitie depresivă mai multe zile da decât nu, însoțită de simptome depresive care nu satisfac criteriile pentru un episod depresiv major.
3. Tulburarea depresivă fără nici o altă specificație se referă la tulburările cu elemente depresive care nu satisfac criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, distimică, de adaptare cu dispoziție depresivă sau tulburare de adaptare cu dispoziție anxioasă şi depresivă.

b. Tulburările bipolare

1. Tulburarea bipolară I se caracterizeaza printr-unul sau mai multe episoade maniacale sau mixte, acompaniate de regulă de episoade depresive majore.
2. Tulburarea bipolară II se caracterizează printr-unul sau mai multe episoade depresive acompaniate de cel puțin un episod hipomaniacal.

3. Tulburarea ciclotimică se caracterizează prin cel puțin 2 ani de numeroase perioade de simptome hipomaniacale care nu satisfac criteriile pentru un episod maniacalşi numeroase perioade de simptome depresive care nu satisfac criteriile pentru un episod depresiv major
4. Tulburarea bipolară fără nici o altă specificație se referă la tulburările cu elemente bipolare care nu satisfac criteriile pentru nici una din tulburările bipolare specifice

c. Alte tulburări afective:

- tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale;
- tulburarea afectivă indusă de o substanță;
- tulburarea afectivă fără nici o altă specificație.

18.2. Etiologia tulburărilor afective

Factori implicați	Disfuncții
Factorii biologici	- Disfuncții ale sistemelor norepinefrinei, serotonimei şi dopaminei Gaba şi neuropeptidele; - Disfuncții neuroendocrine (axa adrenală, tiroidiană, şi hormonul de creştere); - Tulburările afective implică patologia sau disfuncția sistemului limbic, ganglionilor bazali şi a hipotalamusului.
Factori genetici	Rezultatele studiilor genetice arată implicarea unui factor genetic în cazul tulburărilor afective. Componenta genetică este mai puternică în cazul tulburării bipolare de tip I decât în cazul depresiei majore
Factori psihosociali	Depresia este deseori o urmare a stresului social care duce la modificări de lungă durată ale creierului uman în special a glucocorticoizilor din hipocampus reducându-se efectul inhibitor al acestora asupra axei HPA
Factori de personalitate premorbidă	**NU SUNT STUDII CARE SĂ ARATE IMPLICAREA UNEI PERSONALITĂȚI PREMORBIDE**
Factorii psihodinamici	Freud: - depresia apare când furia este direcționată intern datorită identificării cu obiectul pierdut. Orientarea spre interior este singura cale pentru ego de a elibera obiectul; Klein: - ciclul maniaco-depresiv este o reflecție a eşecului de a stabili în copilărie interiorizări ale iubirii. Depresivii suferă de ingrijorarea că au distrus obiectul iubirii prin distructivitatea şi lăcomia lor.
Neajutorarea învățată (Seligman)	Depresia este o formă de neajutorare învățată. Ea se datorează lipsei de control al întăririlor şi pedepselor din mediu
Teoria cognitivă	Depresia este cauzată de schemele cognitive negative despre sine, lume şi viitor.
Teoria behavioristă	Depresia este rezultatul lipsei întăririlor pozitive sau a excesului întăririlor negative din mediu.

18.3. Episoadele afective

18.3.1. Episodul depresiv major

Criteriile de diagnostic pentru episodul depresiv major

A. Cinci (sau mai multe) din următoarele simptome au fost prezente în cursul aceleiaşi perioade de două săptămâni, şi reprezintă o modificare de la nivelul anterior de funcţionare; cel puţin unul din simptome este, fie (1) dispoziţie depresivă, fie (2) pierderea interesului sau plăcerii:

Notă: Nu se includ simptome care este clar că se datorează unei condiţii medicale generale ori idei delirante sau halucinaţii incongruente cu dispoziţia.

(1) dispoziţie depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, indicată fie prin relatare subiectivă (de ex., se simte trist sau vidat emoţional), ori observaţie făcută de alţii (de ex., pare înlăcrimat). Notă: La copii şi adolescenţi, dispoziţia poate fi iritabilă;

(2) diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activităţile, cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (după cum este indicat, fie prin relatare a subiectului, fie prin observaţii făcute de alţii);

(3) pierdere semnificativă în greutate, deşi nu ţine dietă, ori luare în greutate (de ex., o modificare de mai mult de 5%din greutatea corpului într-o lună) ori scădere sau creştere a apetitului aproape în fiecare zi. **Notă**: La copii, se ia în consideraţie incapacitatea de a atinge plusurile ponderale expectate;

(4) insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi;

(5) agitaţie sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi (observabilă de către alţii, nu numai senzaţiile subiective de nelinişte sau de lentoare);

(6) fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi;

(7) sentimente de inutilitate sau de culpă excesivă ori inadecvată (care poate fi delirantă) aproape în fiecare zi (nu numai autoreproş sau culpabilizare în legătură cu faptul de a fi suferind);

(8) diminuarea capacităţii de a gândi sau de a se concentra ori indecizie aproape în fiecare zi (fie prin relatările subiectului, fie observată de alţii);

(9) gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideaţie suicidară recurentă fără un plan anume, ori o tentativă de suicid sau un plan anume pentru comiterea suicidului.

B. Simptomele nu satisfac criteriile pentru un episod mixt.

C. Simptomele cauzează o detresă sau o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcţionare.

D. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiţii generale medicale (de ex., hipotiroidism)

Simptomele nu sunt explicate mai bine de doliu, adică, după pierderea unei fiinţe iubite, simptomele persistă mai mult de 2 luni ori sunt caracterizate printr-o deteriorare funcţională semnificativă, preocupare morbidă de inutilitate, ideaţie suicidară, simptome psihotice sau lentoare psihomotorie.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale	Perturbarea afectivă este este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (de ex., scleroza multiplă, ictus, hipotiroidism)
Tulburare afectivă indusă de o substanță	O substanță (de ex., un drog, un medicament) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă
Demența	Există, de regulă un istoric premorbid de declin al funcției cognitive, în timp ce un individ cu un episod depresiv major este foarte posibil să aibă o stare premorbidă normală şi un declin cognitiv abrupt, asociat cu depresia
Episoade maniacale cu dispoziție iritabilă\episoade mixte	Distincția între episoadele depresive majore cu dispoziție iritabilă notabilă şi episoadele maniacale cu dispoziție iritabilă ori episoadele mixte necesită o evaluare clinică atentă a prezenței simptomelor maniacale.
Tulburarea hiperactivitate\deficit de atenție	Poate fi diagnosticată adițional tulburării afective; nu trebuie supradiagnosticat episodul depresiv major la copiii cu tulburarea hiperactivitate\deficit de atenție a căror perturbare de dispoziție este caracterizată mai curând prin iritabilitate decât prin tristețe sau pierdere a interesului.
Tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă	Simptomele depresive persistă peste 2 luni ori includ o deteriorare funcțională marcantă, preocupare morbidă în legătură cu inutilitatea, ideație suicidară, simptome psihotice ori lentoare psihomotorie.
Peroadele de tristețe	Sunt aspecte inerente ale experienței umane; sunt diagnosticate ca episod depresiv major dacă sunt satisfăcute criteriile pentru severitate (5 din 9 simptome), durata şi detresă sau deteriorare semnificativă clinic.
Tulburare depresivă fără altă specificație	Acest diagnostic poate fi indicat pentru tablourile clinice de dispoziție depresivă cu deteriorare semnificativă clinic şi care nu satisfac criteriile de durată sau severitate

18.3.2. Episodul maniacal

Criteriile de diagnostic pentru episodul maniacal

O perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală şi persistentă, durând cel puțion o săptămână (sau orice durată, dacă este necesară spitalizarea). In timpul perioadei de perturbare a dispoziției, trei (sau mai multe) din următoarele simptome au persistat (patru, dacă dispoziția este numai iritabilă) şi au fost prezente într-un grad semnificativ:

1) stimă de sine exagerată sau grandoare;
2) scăderea necesității de somn (de ex., se simte refăcut după trei ore de somn);
3) mai locvace decât în mod uzual sau se simte presat să vorbească continuu;
4) fugă de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate;
5) distractibilitate (adică, atenția este atrasă prea uşor de stimuli externi fără importanță sau irelevanți);
6) creşterea activității orientate spre un scop (fie în societate, la serviciu sau la şcoală, ori din punct de vedere sexual) ori agitație psihomotorie;
7) implicare excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe nedorite (de ex., angajarea în cumpărături excesive, indiscreții sexuale ori investiții în afaceri nesăbuite)

Simptomele nu satisfac criteriile pentru un episod mixt.

Perturbarea de dispoziție este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, ori să necesite spitalizare pentru a preveni vătămarea sa sau a altora, ori există elemente psihotice.

Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament sau un alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul)

Notă: Episoadele asemănătoare celor maniacale şi care sunt clar cauzate de tratamentul antidepresiv somatic (de ex., de medicamente, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să conteze pentru un diagnostic de tulburare bipolară I)

	Diagnostic diferențial
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat daca perturbarea de dispoziție este considerată ca fiind consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale
Tulburare afectivă indusă de o substanță	Se distinge de un episod maniacal prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă
Episoadele hipomaniacale	Perturbarea nu este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în domeniul social sau profesional ori pentru a necesita spitalizare
Episoadele depresive majore cu dispoziție iritabilă notabilă	Sunt dificil de distins de episoadele maniacale cu dispoziție iritabilă ori de episoadele mixte; dacă sunt satisfăcute criteriile, atât pentru un episod maniacal, cât şi pentru un episod depresiv major aproape în fiecare zi, pentr o săptămână, aceasta va constitui un episod mixt.

Tulburarea hiperactivitate\deficit de atenție	Se distinge de episodul maniacal prin debutul său precoce caracteristic (înainte de etatea de 7 ani), evoluția mai curând cronică decât episodică, lipsa de debuturi şi terminări relativ clare şi absența unei dispoziții expansive sau crescute, ori a elementelor psihotice

18.3.3 Episodul mixt

Criteriile de diagnostic pentru episodul mixt
A. Sunt satisfăcute criteriile, atât pentru episodul maniacal, cât şi pentru episodul depresiv major (cu excepția duratei) aproape în fiecare zi, în cursul unei perioade de cel puțin o săptămână B. Perturbarea afectivă este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, sau pentru a necesita spitalizare spre a preveni vătămarea sa sau a altora, ori există elemente psihotice C. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament sau un alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul) **Notă:** Episoadele asemănătoare celor mixte şi care sunt evident cauzate de tratamentul antidepresiv somatic (de ex., un medicament, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să conteze pentru diagnosticul de tulburare bipolară.

Diagnosticul diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat dacă perturbarea de dispoziție este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (de ex., scleroza multiplă, tumoră cerebrală, sindrom Cushing)
Tulburare afectivă indusă de o substanță	Se distinge de un episod mixt prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea de dispoziție
Episoadele depresive majore cu dispoziție iritabilă notabilă şi episoadele maniacale cu dispoziție iritabilă notabilă	Pot fi dificil de distins de episoadele mixte. Această precizare necesită o evaluare clinică atentă a prezenței simptomelor care sunt caracteristice, atât un episod maniacal complet, cât şi un episod depresiv major complet (exceptând durata)
Tulburarea hiperactivitate\deficit de atenție	Se distinge de un episod mixt prin debutul său caracteristic precoce (adică, înainte de etatea de 7 ani), evoluție mai curând cronică decât episodică, lipsa de început şi terminare relativ clară, absența dispoziției

	expansive sau crescute anormale ori a elementelor psihotice.

18.3.4. Episodul hipomaniacal

Criteriile de diagnostic pentru episodul hipomaniacal

A. O perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă, durând cel puțin patru zile şi care este net diferită de dispoziția depresivă uzuală.

B. In cursul perioadei de perturbare afectivă, au persistat trei (sau mai multe) din următoarele simptome (patru, dacă dispoziția este numai iritabilă)şi au fost prezente într-un grad semnificativ:

1) stimă de sine exagerată sau grandoare;
2) scăderea necesității de somn (de ex., se simte refăcut după trei ore de somn);
3) mai locvace decât în mod uzual sau se simte presat să vorbească continuu;
4) fugă de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate;
5) distractibilitate (adică, atenția este atrasă prea uşor de stimuli externi fără importanță sau irelevanți);
6) creşterea activității orientate spre un scop (fie în societate, la serviciu sau la şcoală, ori din punct de vedere sexual) ori agitație psihomotorie;
7) implicare excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe nedorite (de ex., angajarea în cumpărături excesive, indiscreții sexuale ori investiții în afaceri nesăbuite)

C. Episodul este asociat cu o modificare fără echivoc în activitate care nu este caracteristică persoanei atunci când nu prezintă simptome

D. Perturbarea de dispoziție şi modificarea în funcționare sunt observabile de către alții

E. Episodul nu este suficient de sever pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, ori să necesite spitalizare pentru a preveni vătămarea sa sau a altora, ori există elemente psihotice.

F. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament sau un alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul)

Notă: Episoadele similare celor hipomaniacale şi care sunt cauzate în mod clar de tratamentul antidepresiv somatic (de ex., un medicament, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să conteze în favoarea unui diagnostic de tulburare bipolară II.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat datorită unei condiții medicale generale, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unor anumite condiții medicale generale (de ex., scleroza multiplă, o tumoră cerebrală, sindrom Cushing)
Tulburare afectivă indusă de o substanță	Se distinge de un episod hipomaniacal prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă

Episoadele maniacale	Deşi episoadele maniacale şi cele hipomaniacale au liste identice de simptome caracteristice, perturbarea afectivă din episoadele hipomaniacale nu este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea socială şi profesională ori pentru a necesita spitalizarea.
Tulburarea hiperactivitate\deficit de atenție	Se distinge de episodul hipomaniacal prin debutul său precoce caracteristic (adică, înainte de etatea de 7 ani), evoluție mai curând cronică decât episodică, lipsa de început şi terminare relativ clară, şi absența unei dispoziții expansive sau crescute anormale

18.4. TULBURARILE DEPRESIVE

18.4.1. TULBURAREA DEPRESIVA MAJORA

Epidemiologie

- prevalența este de 5-9% la femei şi de 2-3 % la bărbați;
- prevalența pare a fi fără legătură cu etnia, educația, venitul sau statusul marital.

Evoluția şi prognosticul tulburării

- evoluția este variabilă;
- aprox 50-60 % dintre cei care au avut un episod depresiv major se pot aştepta la un al doilea, cei care au avut două episoade au 70 % şanse să aibă un al treilea;
- episodele depresive se remit (două treimi) sau parțiaol sau deloc (o treime).

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice

A. Prezența unui singur episod depresiv major

B. Episodul depresiv major nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă ori tulburarea psihotică fără altă specificație

C. Nu a existat niciodată un episod maniacal, un episod mixt ori un episod hipomaniacal.

Notă: Această excludere nu se aplică, dacă toate episoadele similare episoadelor maniacale, mixte sau hipomaniacale sunt induse de o substanță sau de un tratament ori sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

Diagnostic DSM IV – Criterii diagnostice pentru Tulburarea depresiva recurentă

A. Prezența a două sau mai multe episoade depresive majore.

Notă: Pentru a fi considerate episoade separate, trebuie să existe un interval de cel puțin 2 luni consecutive în care nu sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major.

B. Episoadele depresive majore nu sunt xplicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu

sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

C. Nu a existat niciodată un episod maniacal, un episod mixt ori un episod hipomaniacal.

Notă: Această excludere nu se aplică, dacă toate episoadele similare episoadelor maniacale mixte sau hipomaniacale sunt induse de o substanță sau de un tratament ori sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Episodul maniacal, mixt sau hipomaniacal	Prezența de episoade hipomaniacale (fără nici un istoric de episoade maniacale) indică un diagnostic de tulburare bipolară II. Prezența de episoade maniacale sau de episoade mixte (cu sau fără episoade hipomaniacale) indică un diagnostic de tulburare bipolară I.
Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat datorită unei condiții medicale generale, dacă perturbarea de dispoziție este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, ictusul, hipotiroidismul)
Tulburare afectivă indusă de o substanță	Se distinge de episoadele depresive majore din tulburarea depresivă majoră prin faptul că o substanță (de ex., un drog, un medicament) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă
Tulburarea distimică	Tulburarea distimică şi tulburarea depresivă majoră sunt diferențiate pe baza severotății, cronicității şi persistenței. Diagnosticul diferențial este extrem de dificil din cauza faptului că cele două tulburări au simptome similare şi că diferența dintre ele sub aspectul debutului, duratei, persistenței şi severității nu este uşor de evaluat retrospectiv. Diagnosticul de tulburare distimică este pus după cel de tulburare depresivă majoră, numai după ce s-a stabilit că tulburarea distimică este anterioară primului episod depresiv major (adică, nici un fel de episoade depresive majore în timpul primilor doi ani de simptome distimice) ori dacă a existat o remisiune completă a episodului depresiv major (adică, durând cel puțin două luni) înaintea debutului tulburării distimice
Tulburarea schizofrenică	Diferă de tulburarea depresivă majoră cu elemente psihotice prin exigența ca în tulburarea schizofrenică să existe cel puțin 2 săptămâni de idei delirante sau halucinații, survenind în absența unor simptome afective notabile
Demența	Acest diagnostic diferențial poate fi precizat printr-o evaluare medicală generală detaliată şi luarea în considerare a debutului prturbării, succesiunea temporală a simptomelor depresive şi cognitive, evoluția maladieişi răspunsul la tratament.

18.4.2. TULBURAREA DISTIMICA

Epidemiologie
- prevalența este de 6 %

Evoluția şi prognosticul tulburării
- are deseori un debut precoce şi insidios precum şi o evoluție cronică; - are deseori suprapusă o tulburare depresivă majoră.

Criterii diagnostice - DSM IV

A. Dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, mai multe zile da decât nu, după cum este indicat, fie de relatarea subiectivă, fie de observațiile făcute de alții timp de cel puțin 2 ani.

Notă: La copii şi adolescenți dispoziția poate fi iritabilă, iar durata trebuie să fie de cel puțin 1 an.

B. Prezența în timp ce este depresiv a două (sau mai multe)din următoarele:

(1) apetit redus sau mâncat excesiv;
(2) insomnie dau hipersomnie;
(3) energie scăzută sau fatigabilitate;
(4) stimă de sine scăzută;
(5) capacitate de concentrare redusă sau dificultate în a lua decizii;
(6) sentimente de disperare

C. In cursul perioadei de 2 ani (1 an pentru copii sau adolescenți) persoana nu a fost niciodată fără simptomele de la criteriile A şi B timp de mai mult de 2 luni, odată.

D. Nici un episod depresiv major nu a fost prezent în timpul primilor 2 ani ai perturbării (1 an pentru copii şi adolescenți) adică, perturbarea nu este explicată mai bine de tulburarea depresivă majoră cronică sau de tulburarea depresivă majoră în remisiune parțială.

Notă: Poate să fi existat un episod depresiv major anterior cu condiția ca să fi fost urmat de remisiune completă (nici un fel de semne sau simptome timp de 2 luni) înaintea apariției tulburării distimice. In afară de aceasta, după primii 2 ani (1 an la copii şi adolescenți) de tulburare distimică, pot exista episoade suprapuse de tulburare depresivă majoră, în care caz vor fi puse ambele diagnostice când sunt satisfăcute criteriile pentru un episod major.

E. Nu a existat niciodată un episod maniacal, un episod mixt ori un episod hipomaniacal şi nu au fost satisfăcute niciodată criteriile pentru tulburarea ciclotimică.

F. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unei tulburări psihotice cronice, cum ar fi schizofrenia ori tulburarea delirantă.

G. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

H. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorarea semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

De specificat dacă:
Debut precoce: dacă debutul survine înainte de etatea de 21 de ani.
Debut tardiv: dacă debutul are loc la etatea de 21 de ani sau mai târziu

D*e specificat* (pentru ultimii 2 ani de tulburări distimice):
Cu elemente atipice

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburarea depresivă majoră	Diagnosticul diferențial între tulburarea distimică şi tulburarea depresiv majoră este extrem de dificil din cauza faptului că cele două tulburări au simptome similare şi că diferența dintre ele sub aspectul debutului, duratei, persistenței şi severității nu este uşor de evaluat retrospectiv. Diagnosticul de tulburare distimică este pus după cel de tulburare depresivă majoră, numai după ce s-a stabilit că tulburarea distimică este anterioară primului episod depresiv major (adică, nici un fel de episoade depresive majore în timpul primilor doi ani de simptome distimice) ori dacă a existat o remisiune completă a episodului depresiv major (adică, durând cel puțin două luni) înaintea debutului tulburării distimice.
Tulburările psihotice cronice	Simptomele depresive pot fi un asociat frecvent al tulburărilor psihotice cronice (de ex., al tulburării schizoafective, schizofreniei, tulburării delirante). Un diagnostic separat de tulburare distimică nu se pune dacă simptomele survin numai în cursul tulburării psihotice (inclusiv în fazele reziduale).
Tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat datorită unei condiții medicale generale, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unor anumite condiții medicale generale (de ex., scleroza multiplă)
Tulburare afectivă indusă de o substanță	Se distinge de tulburarea distimică prin faptul că o substanță (de ex., un drog, un medicament) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă
Perturbări de personalitate coexistente	Când tabloul clinic al unui individ satisface criteriile, atât pentru tulburarea distimică, cât şi pentru o tulburare de personalitate, sunt puse ambele diagnostice.

18.4.3. TULBURARE DEPRESIVĂ FĂRĂ ALTĂ SPECIFICAȚIE

Tulburarea depresivă fără altă specificație

Include tulburările cu elemente depresive care nu satisfac criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă ori tulburarea de adaptare cu dispoziție mixtă, depresivă şi anxioasă.

1. Tulburarea disforică premenstruală: în cele mai multe cicluri menstruale din cursul ultimului an, simptome (de ex., dispoziție depresivă marcată, anxietate marcată, labilitate afectivă marcată, scăderea interesului pentru diverse activități) survenind de regulă în ultima săptămână a fazei luteale (şi care se remit în decurs de câteva zile de la debutul menstruației)
2. Tulburarea depresivă minoră: episoade de simptome depresive cu o durată de cel puțin 2 săptămâni, dar cu mai puțin de cinci itemi ceruți pentru tulburarea depresivă majoră
3. Tulburarea depresivă scurtă recurentă: episoadele depresive durând de la 2 zile până la 2 săptămâni, survenind cel puțin odată pe lună, timp de 12 luni (neasociată cu ciclul menstrual)
4. Tulburarea depresivă postpsihotică a schizofreniei: un episod depresiv major care survine în cursul fazei reziduale a schizofreniei
5. Un episod depresiv major suprapus peste tulburarea delirantă, tulburarea psihotică fără altă specificație ori faza activă a schizofreniei
6. Situațiile în care clinicianul a ajuns la concluzia că este prezentă o tulburare depresivă, dar este incapabil să precizeze dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale ori indusă de o substanță.

18.5. TULBURARILE BIPOLARE

18.5.1. TULBURAREA BIPOLARA I

I

Epidemiologie
- prevalența variază între 0,4- 1,6 %

Evoluția şi prognosticul tulburării
- este o tulburare recurentă mai mult de 90% dintre cei care au avut un episod maniacal vor avea şi alte episoade în viitor - aprox. 60-70 % din episodele manicale survin inainte sau după un epiod depresiv major - majoritatea indivizilor cu tulburare bipolară I revin complet la nivelul anterior de funcționare ăntre episoade, iar 20-30 % continuă să prezinte labilitate afectivă şi dificultăți interpersonale şi profesionale

Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea bipolară I, episod maniacal unic

A. Prezența numai a unui singur episod maniacal şi nici un fel de episoade depresive în trecut

Notă: Recurența este definită, fie ca o schimbare în polaritate de la depresie, fie ca un interval de cel puțin 2 luni fără simptome maniacale.

B. Episodul maniacal nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea psihotică fără altă specificație.

De specificat dacă:

Mixt: dacă simptomele satisfac criteriile pentru un episod mixt

De specificat (pentru episodul curent sau pentru cel mai recent):

Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune

Cu elemente catatonice

Cu debut postpartum

Criteriile de diagnostic pentru Tulurarea bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod hipomaniacal

B. Anterior a existat cel puțin un episod maniacal ori un episod mixt

C. Simptomele afective cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare

D. Episoadele afective de la criteriile A şi B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație

De specificat:

Specificanții de evoluție longitudinală (Cu şi Fără recuperare interepisodică)

Cu pattern sezonier (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore)

Cu ciclare rapidă

Criteriile de diagnostic pentru
Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod maniacal

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod maniacal.

B. Anterior a existat cel puțin un episod depresiv major, un episod maniacal ori un episod mixt

C. Episoadele afective de la criteriile A şi B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație

De specificat (pentru episodul curent sau pentru cel mai recent):

Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune

Cu elemente catatonice

Cu debut postpartum

De specificat:

Specificanții de evoluție longitudinală (Cu şi Fără recuperare interepisodică)

Cu pattern sezonier (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore)

Cu ciclare rapidă

Criteriile de diagnostic pentru
Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod mixt

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod mixt.

B. Anterior a existat cel puțin un episod depresiv major, un episod maniacal ori un episod mixt

D. Episoadele afective de la criteriile A şi B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

De specificat (pentru episodul curent sau pentru cel mai recent):

Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune

Cu elemente catatonice

Cu debut postpartum

De specificat:

Specificanții de evoluție longitudinală (Cu şi Fără recuperare interepisodică)

Cu pattern sezonier (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore)

Cu ciclare rapidă

Criteriile de diagnostic pentru
Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod depresiv

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod mixt.

B. Anterior a existat cel puțin un episod depresiv major, un episod maniacal ori un episod mixt

C. Episoadele afective de la criteriile A şi B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație

De specificat (pentru episodul curent sau pentru cel mai recent):

Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune
Cronic
Cu elemente catatonice
Cu elemente melancolice
Cu elemente atipice
Cu debut postpartum

De specificat:

Specificanții de evoluție longitudinală (Cu şi Fără recuperare interepisodică)
Cu pattern sezonier (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore)
Cu ciclare rapidă

Criteriile de diagnostic pentru
Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod nespecificat

A. Criteriile, cu excepțioa duratei, sunt satisfăcute actualmente (ori au fost foarte recent) pentru un episod maniacal, hipomaniacal, mixt ori depresiv major

B. Anterior a existat cel puțin un episod maniacal ori mixt

C. Simptomele afective cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare

D. Simptomele afective de la criteriile A şi B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație

E. Simptomele afective de la criteriile A şi B nu sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament ori alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul)

De specificat:

Specificanții de evoluție longitudinală (Cu şi Fără recuperare interepisodică)
Cu pattern sezonier (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore)
Cu ciclare rapidă

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburări afective datorate unei condiții medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat datorită unei condiții medicale generale, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unor anumite condiții medicale generale (de ex., scleroza multiplă, ictus, hipotiroidism)
Tulburare afectivă indusă de o substanță	Se distinge de tulburarea bipolară I prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă
Tulburarea bipolară II	Se distinge de tulburarea bipolară I prin prezența unuia sau mai multor episoade maniacale sau mixte
Tulburarea ciclotimică	Există numeroase perioade de simptome hipomaniacale care nu satisfac criteriile pentru un un episod maniacal şi perioade de simptome depresive care nu satisfac criteriile simptomatologice şi de durată pentru un episod depresiv major. Tulburarea bipolară I se distinge de de tulburarea ciclotimică prin prezența unuia sau mai multor episoade maniacale sau mixte
Tulburările psihotice	Diagnosticul diferențial poate fi dificil (mai ales la adolescenți) deoarece aceste tulburări pot aves în comun un număr de simptome (de ex., idei delirante de grandoare şi de persecuție, iritabilitate, agitație şi simptome catatonice), în special pe secțiune transversală şi precoce în evoluția lor
Tulburările bipolare fără altă specificație	Acest diagnostic poate fi pus pe lângă diagnosticul de schizofrenie, tulburare delirantă sau de tulburare psihotică fără altă specificație când sunt satisfăcute complet criteriile (sau simptomele au o semnificație clinică particulară)
Tulburarea depresivă majoră şi tulburarea distimică	Se disting de tulburarea bipolară I prin istoricul existenței a cel puțin un episod maniacal sau mixt

18.5.2. TULBURAREA BIPOLARA II
(Episoade depresive majore recurente cu episoade hipomaniacale)

Epidemiologie
- prevalența este de aprox. 0,5 %; - este mai frecventă la femei decât la bărbați.

Evoluția şi prognosticul tulburării
- aprox. 60-70 % din episoadele hipomaniacale survin înainte sau după un episod depresiv major; - 15 % continuă să prezinte labilitate afectivă şi între episoade; - dacă apare un episod maniacal sau mixt în timpul tulburării, diagnosticul se schimbă în tulburare bipolară I; - episoadele hipomaniacale, la fel ca şi cele depresive pot fi precipitate de modificări semnificative în ritmul somn-veghe.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburare afectivă datorată unor condiţii medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat datorită unei condiţii medicale generale, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unor anumite condiţii medicale generale (de ex., scleroza multiplă, ictus, hipotiroidism)
Tulburare afectivă indusă de o substanţă	Se distinge de episoadele hipomaniacale sau depresive majore care survin în tulburarea bipolară II prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă
Tulburarea depresivă majoră şi tulburarea distimică	Se disting de tulburarea bipolară II prin istoricul existenței a cel puțin un episod hipomaniacal în cursul vieții
Tulburarea bipolară I	Se disting de tulburarea bipolară I prin prezența unuia sau a mai multor episoade maniacale sau mixte în aceasta din urmă
Tulburarea ciclotimică	Tulburarea bipolară II se distinge de tulburarea ciclotimică prin prezența unuia sau a mai multor episoade depresive majore
Tulburările psihotice	Schizofrenia, tulburarea schizoafectivă şi tulburarea delirantă sunt caracterizate toate prin perioade de simptome psihotice care survin în absența unor simptome afective notabile.

Diagnostic DSM – Criteriile diagnostice
A. Prezența (sau istoricul) unuia sau a mai multor episoade depresive majore B. Prezența (sau istoricul) a cel puțin un episod hipomaniacal C. Nu a existat niciodată un episod maniacal ori un episod mixt D. Simptomele afective de la criteriile A şi B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă sau tulburarea psihotică fără altă specificație. E. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare. *De specificat* episodul curent sau cel mai recent: **Hipomaniacal**: dacă actualmente (sau cel mai recent) în episodul hipomaniacal **Depresiv**: dacă actualmente (sau cel mai recent) în episod depresiv major *De specificat* (pentru episodul depresiv major curent sau cel mai recent, numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv): **Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune;** **Cronic;** **Cu elemente catatonice;** **Cu elemente melancolice;** **Cu elemente atipice;** **Cu debut postpartum.** *De specificat:* **Specificanții de evoluție longitudinală (Cu şi Fără recuperare interepisodică)** **Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) **Cu ciclare rapidă**

18.5.2. TULBURAREA CICLOTIMICA

Epidemiologie
- prevalența este 0,4-1%. În clinicile psihiatrice poate merge de la 3 % până la 5 %; - prevalența pare a fi fără legătură cu etnia, educația, venitul sau statusul marital.

Evoluția şi prognosticul tulburării
- debutul este de regulă în adoleşcență sau precoce în viața adultă - debutul tardiv poate sugera o tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale - are de regulă un început insidios şi o evoluție cronică

Diagnostic DSM – Criteriile diagnostice
A. Timp de cel puțin 2 ani, prezența a numeroase perioade de simptome hipomaniacale şi a numeroase perioade de simptome depresive care nu satisfac criteriile pentru un episod depresiv major. Notă: La copii şi la adolescenți, durata trebuie să fie de cel puțin 1 an. B. In cursul perioadei de 2 ani de mai sus (1 an pentru copii şi adolescenți) persoana nu s-a aflat fără simptomele de la criteriul A pentru mai mult de 2 luni odată. C. Nici un episod depresiv major, episod maniacal ori episod mixt nu a fost prezent în cursul primilor 2 ani ai perturbării. **Notă**: După cei 2 ani inițiali de tulburare ciclotimică (1 an la copii şi adolescenți), pot fi suprapuse episoade maniacale sau mixte (în care caz pot fi diagnosticate atât tulburarea bipolară II, cât şi tulburarea ciclotimică. D. Simptomele de la criteriul A nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă ori tulburarea psihotică fără altă specificație. E. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul) F. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de activitate.

Diagnostic diferențial	
Tulburarea cu care se face dignostic diferențial	**Indici de diferențiere**
Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale	Acest diagnostic poate fi indicat datorită unei condiții medicale generale, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unor anumite condiții medicale generale, de regulă cronică (de ex., hipertiroidism)
Tulburare afectivă indusă de o substanță	Se distinge de tulburarea ciclotimică prin faptul că o substanță (de ex., un drog, un medicament) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă
Tulburarea bipolară I, cu ciclare rapidă şi tulburarea bipolară II cu ciclare rapidă	Prin definiție, stările afective din tulburarea ciclotimică nu satisfac integral criteriile pentru un episod depresiv major, maniacal sau mixt, având în vedere faptul că specificantul „cu ciclare rapidă” cere să fie prezente episoade afective complete.
Tulburarea de personalitate borderline	Este asociată cu oscilații marcate de dispoziție care pot sugera tulburarea ciclotimică. Dacă sunt satisfăcute criteriile pentru fiecare tulburare, pot fi diagnosticate, atât tulburare de personalitate borderline, cât şi tulburarea ciclotimică.

18.5.3. TULBURAREA BIPOLARA FARA ALTA SPECIFICATIE

Categoria tulburării fără altă specificație include tulburări cu elemente bipolare care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare bipolară specifică.

19. ALTE CONDIȚII CARE SE POT AFLA ÎN CENTRU ATENȚIEI CLINICE

Această secțiune cuprinde alte condiții sau probleme care se pot afla în centrul atenției clinice. Aceste tulburări sunt în legătură cu tulburările mentale descrise anterior într-unul din următoarele moduri:

- problema este centru diagnosticului sau tratamentului şi individul nu are nici o problemă mentală;
- individul are o tulburare mentală, dar care nu are nici o legătură cu problema;
- individul are o tulburarea metală care este în legătură cu problema, însă problema este suficient de severă pentru a necesita o atenție clinică separată.

Condițiile medicale:

A. Factori psihologici care afectează condiția medicală;

B. Tulburările de mişcare induse de medicamente: Parkinsonismul indus de neuroleptice, sindromul neuroleptic malign, distonia acută idusă de neuroleptice, diskinezie tardivă indusă de medicamente, tremorul postural indus de medicamente, tulburarea de mişcare indusă de medicamente fără altă specificație;

C. Probleme relaționale (părinte-copil, cu partenerul, între frați, probleme de relaționare în legătură cu o tulburare mentală ori o condiție medicală generală);

D. Probleme în legătură cu abuzul sau neglijarea (maltratarea fizică a copilului, abuzul sexual de un copil, neglijarea copilului, maltratarea fizică a adultului, abuzul sexual de un adult);

E. Condiții adiționale care pot fi în centrul atenției clinice (noncomplianța la tratament, simularea, comportamentul antisocial al adultului comportamentul antisocial al copilului sau adolescentului, doliul, problema şcolară, problema de identitate, problema profesională, problema de aculturație, problema religioasă sau spirituală declinul cognitiv în legătură cu vârsta înaintată).

SARCINI

1. Realizați analiza funcțională a simptomelor pentru două tulburări din cadrul fiecărui modul. Descrieți-le în termeni de durată, frecvență şi intensitate.

2. Realizați un arbore de decizie care să cuprindă întrebări cheie care să vă direcționeze în stabilirea unei tulburări psihice la alegere din fiecare modul.

3. Realizați descrierea unui caz ideal care să îndeplinească criteriile diagnostice pentru una din tulburări, pentru fiecare modul. Pe urmă realizați predicții asupra modului în care subiectul gândeşte, se comportă şi simte în fiecare din următoarele situații:

- ✓ Când are o pierdere în familie;
- ✓ Când este respins de către partener;
- ✓ Când cunoaşte oameni noi.

Notă: fiecare descriere să fie aproximativ jumătate de pagină.